الصحة النفسية للطفل

دكتور / محمد المهدي

رئيس قسم الطب النفسى

كلية طب دمياط - جامعة الأزهـر



مكتبـة الانجلو المصريـة

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشئون الفنية .

المهدى ، محمد .

الصحة النفسية للطفل / محمد المهدى . ـ ط١. ـ

القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٧ .

١٧٣ ص ، ١٧×٢٤ سم

١- الأطفال – علم نفس   أ- العنوان

رقم الإيداع :١٩٤٠٨

ردمك : X -٩٧٧-٠٥-٢٢٦٦   تصنيف ديوى :١٥٥,٤

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

النـاشـر : مكتبـة الانجلـو المصريـة

١٦٥ شارع محمد فريد

القـاهرة – جمهوريـة مصر العربيـة

ت : ٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

إهـــداء

إلي الطفل الفلسطينى
الذى حُرم كل مباهج الطفولة
وتفتحت عيناه على الجرافات الإسرائيلية
تهدم بيته وعلى الصواريخ الإسرائيلية
تخطف أحبابه وتحرق لعبه

فهرس الموضوعات

الباب الأول

الصحة النفسية للطفل

قواعد الصحة النفسية للطفل

إشكالية العلاقة بين الآباء والأبناء :

من خلال الجلسات النفسية الفردية وجلسات العلاج النفسى الجمعى ينكشف الستار عن إضطراب العلاقة بين الأبناء والآباء ، ويكون هذا الإضطراب من أهم العوامل المهيئة والمرسبة للإضطرابات النفسية لدى الطرفين . وفى أغلب الحالات تضطرب هذه العلاقة دون قصد فالوالدين بدافع فطرى يريدان السعادة والنجاح لأبنائهما ولكنهما أحيانا يفقدان الطريق الصحيح عن غير قصد فيتورطان فى الأفراط أو التفريط وتكون النتيجة فى الحالتين إضطراباً نفسياً فى الطفل الذى أحبانه ودفعا حياتهما ثمنا ليكون سعيداً . ومما يزيد الأمر صعوبة فى بيئتنا الشرقية أن إضطراب العلاقة بين الآباء والأبناء يظل تحت غطاء ساتر طوال الوقت ولا ينكشف إلا فى ظروف شديدة الخصوصية كالعلاج النفسى الفردى أو الجمعى أو العائلى ، أما فى غير هذه الظروف فإن الأبناء – غالباً – لا يجرؤن على الإقتراب من هذه المنطقة الحساسة وهم فى حالة الوعى العادى ، أما الأباء فإن لديهم إعتقاد بأنهم قدموا أفضل ما عندهم لأطفالهم ولكن تمرد الأطفال وعصيانهم للأوامر هو الذى جعلهم فى حالة إضطراب .

مفهوم الصحة النفسية :

تراكمت فى السنوات الأخيرة معلومات مفيدة حول أفضل الوسائل للوصول إلى الصحة النفسية للطفل وعلاج الإضطرابات النفسية لديه ، وقد حاولنا – بعون من الله – أن ننتقى من المعلومات المتوافرة ما يتمشى مع ثقافتنا ويساعدنا فى تربية أبنائنا وبناتنا بشكل صحيح .

ولا يعتقد أحد أن عملية التربية عملية سهلة ، وإنما هى دائما تحتاج إلى جهد وتواجه مشكلات وصعوبات ، ونحن هنا نحاول أن يكون الجهد المبذول على الطريق الصحيح .

ونحن لن ندخل فى عرض نظريات تربوية ترهق القارئ وربما لا تعنيه كثيراً

وإنما سنتكلم بشكل عملى من خلال الرسائل التى تصلنا كل يوم أثناء الجلسات النفسية العميقة سواء كانت فردية أو جماعية مع الأطفال والكبار . وفى هذا الصدد نواجه سؤالاً بالغ الأهمية ، ما هى الصحة النفسية ؟ وكيف يصبح الإنسان صحيحاً نفسياً ؟ .

قد تكون الإجابة ببساطة هى أن الإنسان الخالى من الأمراض النفسية هو الإنسان الصحيح نفسياً ، لكن هذا التعريف للصحة النفسية مختزل جداً ، ولا يؤدى الغرض ، لأن هناك بعض الأشخاص لا يعانون من أى مرض نفسى لكن أداؤهم فى الحياة أقل مما هو متوقع لأمالهم ، فحركتهم فى الحياة وتكيفهم الإجتماعى وإبداعاتهم أقل مما هو متوقع ، فلا نستطيع أن نقول أن شخصاً ما صحيح نفسياً لمجرد كونه خالى من الأمراض النفسية بالمعنى الأكلينيكى لها ، إذاً فهنالك تعريف أكبر وأشمل وأوسع للصحة النفسية . وإختصاراً لجهود كثيرة ، وصل العلماء إلى أن الصحة النفسية هى مفهوم إيجابى متعدد المستويات يكون فيه الإنسان صحيحاً على المستوى الجسدى ثم على المستوى النفسى ثم على المستوى الإجتماعى ، ثم على المستوى الروحى ، إذاً فهو مفهوم متعدد المستويات لابد أن يكون فى حالة توازن ما بين إشباع هذه المستويات وتنشيطها ، فلو بالغ أحدهم فى إشباع الجانب الجسمانى على حساب الجانب النفسى أو على حساب الجانب الروحى ، فبالتالى يكون قد أخل بالتوازن ، ويصبح غير صحيح نفسياً .

قواعد الصحة النفسية للطفل :

وإذا إنتقلنا من العام إلى الخاص وحاولنا الإجابة على تساؤل الأمهات (أو الآباء) : كيف أتعامل مع أبنى لكى يصبح صحيح نفسياً ؟

والإجابة على هذا التساؤل الهام تتمثل فى إتباع القواعد التالية :

١ - التوازن بين التطور والتكيف :

هناك قواعد تربوية هامة يمكننا إعتبارها قاعدة فى هذا المجال ، وهى أن الطفل كائن نامى ، ينمو كل يوم ، ينمو فى جسده وفى تفكيره وفى طاقاته وفى إدراكه وفى كل شئ ، فهذا الطفل النامى يتغير من لحظة لأخرى ومن يوم لآخر ، وفى ذات الوقت يحتاج مع هذا التغيير المستمر وهذا النمو المطرد أن يكون فى حالة تكيف وإنضباط وسلام مع البيئة والمجتمع المحيط به ،وبهذا سنقول أن هذا الطفل لكى

يكون صحيح نفسياً ونطمئن عليه ، فلابد أن يكون هناك توازن بين متطلبات نموه وتطوره ومتطلبات تكيفه مع المجتمع والحياة ، ولكى نرى هذا المفهوم بشكل أوضح ، سنفترض أن هناك كفتين ، الأولى كفة التطور والثانية كفة التكيف ، ولكى يكون الطفل صحيح نفسياً ، لابد من حدوث توازن ما بين هاتين الكفتين ، فلوتخيلنا أن كفة التطور زائدة عن كفة التكيف أو أصبحت هى الحائزة على الإهتمام فسيتطور الطفل وينمو بسرعة فى جسمه وفى ذكائه وفى تفكيره وفى كل شئ يخصه ، ولكن – وبالمقابل – ليست له علاقة بالمجتمع الذى يعيش فيه ولا يتكيف معه ، فهو فى حالة تطور مطلق بدون قيود ، وإذا ترك بهذا الشكل سيصبح أنانياً ولديه حالة نرجسية شديدة ولا يفكر إلا فى نفسه ونموه وتطوره ، وفى النهاية سيكون مدمراً لمن حوله ولنفسه أيضاً وفى حالة صراع دائم مع البيئة التى يعيش فيها ، برغم كونه متطوراً وناميا ومبدعاً .

وعلى العكس ، إذا كان هناك طفل آخر متكيف بدون تطور ، بمعنى أنه مطيع جداً ، هادئ جداً ، ولا يفعل شيئ إلا بأمر من الأب أو الأم ، ويحتاج لأمر آخر ليوقف هذا الفعل ، فهو مطيع تماماً لكل ما يأتى إليه من أوامر وتوجيهات وليست له أى حركة تطور أو نمو أو تفكير أو إبداع أو أى شئ .

هذا الطفل فى معيار الأب والأم وهو صغير طفل مريح جداً لأنه • (بيسمع الكلام) وهذا هو هدف كل أب وأم ، ولكن عندما يكبر سيدرك الأبوين أن هذا الطفل عبء شديد جداً عليهم لأنه لا يمتلك أى مبادرة ولا يمتلك أى ملكات أو قدرات ولا يستطيع عمل أى شئ بمفرده ، شخصية إعتمادية سلبية مملة .

إذاً فلكى نتحقق الصحة النفسية لأطفالنا لابد من مساعدتهم حتى يتطوروا وينموا وفى نفس الوقت نساعدهم على التكيف مع البيئة التى يعيشون فيها ، وهذا التوازن ليس توازناً جامداً أو ساكناً بحيث نزيد هذه الكفة وننقص الأخرى مرة واحدة وتنتهى المهمة ، لكن طالما كانت حركة النمو والتطور سريعة ومتغيرة فلابد من أن يواكبها تغير فى حركة التكيف ، فالتوازن هنا توازن ديناميكى بمعنى أنه يتطلب قدر عالى من المرونة ، كلما زادت كفة نزيد الأخرى بمقدار مناسب وهكذا .

٢ - الدوائر المتسعة : صحة الطفل - صحة الأم - صحة الأسرة - صحة المجتمع :

وهذا التوازن (المذكور أعلاه) ليس فقط في دائرة الطفل ولكن هناك دوائر أخرى متتالية تحتاج للتوازن فلن ننظر للطفل على أنه كائن وحيد ، لكن سننظر إليه بإعتباره دائرة تحوطها دائرة الأم تحوطها دائرة الأسرة تحوطها دائرة المجتمع ، ولهذا يجب أن تكون هناك حالة توازن بين هذه الدوائر فننظر لصحة الطفل وصحة الأم وصحة الأسرة وصحة المجتمع ، فالأم هى الحضن الأقرب للطفل ، فلا نتصور وجود أبن صحيح نفسياً وله أم مضطربه نفسياً ، والأسرة هى الحضن الأكبر الذى يحتضن الطفل والأم معاً ، فلا نتصور كون الطفل والأم صحيحين معاً فى حين أن الأسرة مضطربة ، والطفل والأم والأسرة يحتضنهم المجتمع وهو الدائرة الأكبر فلا نتصور أن يبقى هؤلاء فى صحة فى حين أن المجتمع فى حالة إضطراب .

وعندما نقوم كمعالجين بتقييم حالة طفل ننظر لهذه الدوائر ونحدد موضع الخلل، فأحياناً يأتى الطفل بإضطراب معين ، وحينما نفحصه نجد أن هناك خلل فى أحد هذه الدوائر أو فى أكثر من دائرة ، فلابد من التفكير فى إصلاح هذا الخلل ، ولا نتوقف عند الطفل فقط ، لأن الطفل هو ممثل هذا الإضطراب ، فالطفل أكثر صدقاً وأكثر براءة وأكثر شفافية ، فيظهر فيه الإضطراب بوضوح لكن لا يكون هو أصل الإضطراب فقد يكون هذا الإضطراب من مكتئبة أو مجهدة أو مدمنة أو الأسرة أو المجتمع فننظر إلى أصل هذا الإضطراب . أحيناً نتجه مباشرة لعلاج الأم أو لعلاج الأسرة ، أو يكون هناك خلل إجتماعى معين ولو تم تصحيح هذا الخلل يكون هذا الطفل فى حالة أفضل .

٣ - الصحة النفسية بين المطلق والنسبي :

وفى الواقع ، مفهوم الصحة النفسية لكل هؤلاء (الطفل – الأم – الأسرة – المجتمع) مفهوم نسبى وليس مفهوماً مطلقاً ، بمعنى أنه يختلف من بيئة لأخرى ومن مجتمع لمجتمع ومن أسرة لأسرة وما يمكن إعتباره صحيحاً فى مكان ، يمكن إعتباره إضطراباً فى مكان آخر .

ولتقريب الفكرة ، سنحكى حكاية صغيرة عن شيخ قبيلة أنانى جداً ، هذا الشيخ عرف بطريقة سرية أن البئر الذى تشرب منه القبيلة كلها ، سيسمم فى يوم من الأيام ،

ونظراً لأنانيته وحبه لنفسه ، أخذ يخزن مياه كافيه من هذا البئر فى منزله حتى إذا تسمم البئر ، يجد ما يشربه ، فجاء اليوم وتسمم البئر فعلاً وأصيب أهل القبيلة كلهم بالجنون ولكنهم لم يموتوا ، فظل هو العاقل الوحيد بينهم ، طبعاً إستغرب أهل القبيلة تصرفاته فى وسطهم ولم يحتملوه بينهم وفى النهاية قتلوه ، فعلى الرغم من أنه العاقل الوحيد بينهم إلا أن إختلافه جعله فى أزمة معهم ، وحدث عدم تناسب بين تفكيره وتفكيرهم . إذن فلابد من أخذ هذا العامل فى الإعتبار ، لأن هناك إضطرابات كثيرة فى الأطفال تكون مشكلتها النسبية فى الصحة والزمان والمكان ، فلابد من وضع إعتبار للزمان والمكان والظروف عند تقييم هذا الطفل .

سنعطى مثالا آخر بسيط ليوضح هذه النقطة : لو أن هناك طفل تشتكى أمه من كونه كثير الحركة ويقفز فوق الشبابيك وعلى البلكونات ويكسر الكراسى والأشياء ، وهم يعيشون فى شقة غرفتين وصالة ، فهذا الطفل لو تخيلنا أنه إنتقل من هذه الشقة الضيقة المحددة الممتلئة بأشياء زجاجية وقابلة للكسر ، ووضعناه فى بيت واسع حوله ساحة كبيرة وشجر ، وعاش الطفل فى هذا المكان الجديد يجرى فى الساحة الخضراء ويقفز فوق الأشجار كما يريد ، وقتها لن تحس الأم أى شقاوة منه أو أى حركة زائدة ، وفى نهاية اليوم يعود بعد هذا الجهد المضنى لينام والأم راضية وهو راض ، هنا إعتبار المكان والظروف مهم جداً .

٤ - الإستقطاب بين النقيضين مقابل الحوار والتعايش :

هناك أسر تكون فى حالة إستقطاب ما بين نقيضين ، بمعنى أنها أسرة أحادية النظر وأحادية التفكير ، فلا ترى الأشياء إلا بلونين ، أبيض أو أسود ، ولا تستطيع رؤية درجات الألوان البينية ما بين الأبيض والأسود ، يرون أن ما يفعلوه هو الصحيح المطلق وكل ما عداه خطأ ولا يقبل النظر ولا التفكير ولا الحوار ، فينشأ الطفل فى هذا الجو وهو مستقطب إستقطابا شديداً فى ناحية واحدة أو إتجاه واحد ، أحادى التفكير ، لا يستطيع رؤية سوي إحتمال واحد فى كل شئ ولون واحد من كل الألوان .

من هنا عندما يكون الإستقطاب فى إتجاه ، لابد أن يتصارع مع الإتجاه الآخر أو يضاده ، ويفقد هذا الطفل القدرة على التحاور والتعايش مع الآخرين المختلفين عنه، وبهذا الشكل يصبح الطفل دائماً فى صراع مع أصحابه ، ومع الجيران ، ومع المجتمع، وعندما يكبر ، يظهر موضوع الإستقطاب وأحادية التفكير مع الأب والأم ، لأنه تعود

أن الحقيقة واحدة فقط، الدنيا بها لون واحد ، عندما يكبر ويدخل فترة المراهقة ، يختلف عن الأب والأم ، لا يحتمل هذ الإختلاف فيبدأ بالعدوان على الأب والأم ، لأنهم لم يعودوه الإختلاف مع الآخرين ، والتحاور والتعايش معهم ، فيدفع الأب والأم ثمن هذا الإستقطاب الذى أعطوه للطفل من خلال الجو الأسرى القائم على فكرة الإستقطاب أو أحادية التفكير .

٥ - الإحتياجات بين الإشباع والحرمان:

للإنسان عدد كبير من الإحتياجات ، وهناك عالم نفس شهير هو أبراهام ماسلو، قام بعمل ما يسمى « هرم الإحتياجات » ، فقال إن الإنسان له إحتياجات جسمانية بيولوجية عبارة عن الأكل والشرب والمسكن والملبس ، هذه الإحتياجات لابد أن تشبع أولاً ، وتمثل قاعدة الهرم ، يليها إحتياج للأمن والإستقرار ، يليه إحتياج للإنتماء ، الإنتماء لأسرة ولبلد وللإنسانية ، يليه إحتياج للحب ، أن يكون الإنسان قادراً على أن يحب ويحب ، يليه إحتياج للتقدير ، أن يحس بأن الناس يقدرونه كشخص ، ويقدرون ما يفعله ، وسعيدون به ، وإنتهى ما سلو فى آخر الهرم بالإحتياج لتحقيق الذات ، أن يحقق الإنسان ذاته فى هذه الحياة ، وتوقف عند هذه النقطة ، لأنه كان يتبع المدرسة الإنسانية ، التى كانت تنظر للإنسان على أنه هو نهاية المطاف ، لكننا نضيف إلى هذه الإحتياجات إحتياج مهم جداً هو التواصل الروحى ، فالإنسان لديه إحتياج للتواصل الروحى مع الله ، مع الكون ، مع السماء ، مع الغيب ، وهذا الإحتياج يمكن فهمه بشكل عملى وعلمى موضوعى من المعابد المنتشرة فى كل أنحاء العالم تمثل مراحل التاريخ المختلفة ، وكيف أن الإنسان كان محتاجا لأن يكون على علاقة بالسماء وبالله سبحانه وتعالى ، فأنشئت المعابد فى كل الحضارات لتمثل هذا الإحتياج الحيوى المهم عند الإنسان .

وهذه الإحتياجات لابد من أن تشبع بتوازن ، بمعنى أن نبدأ أولاً بالإحتياجات الأساسية ، الأكل والشرب والمسكن والملبس ، ثم الأمان ، والإنتماء ، ثم الحب ، وهكذا .. كل حاجة من هذه الحاجات تشبع وتأخذ حقها ، ولا تطغى إحداها على الأخرى ، ومع هذا هناك قاعدة مهمة وهى إن إشباع الإحتياجات لدرجة التخمة يؤدى إلى حالة من الترهل والضعف والمرض ، فلابد من وجود توازن بين درجة الإشباع ودرجة الحرمان ، فالإنسان محتاج أن يشبع وفى نفس الوقت أن يحرم من بعض الحاجات .. لماذا ؟ لأن الحرمان ينشط الدوافع ، ويجعل الإنسان يتحرك ويعمل ويكون عنده أمل ،

ويسعى وراء هدف ..... لو أشبعت كل حاجة ، كل حاجة ، فسيتوقف الإنسان عن السعى والحركة والتفكير والإبداع ..... إذن لابد من وجود أشياء يحتاجها ... أشياء يحرم منها يسعى إليها ويحلم بها .

إذن فهناك توازن ما بين الإشباع والحرمان ، فالطفل لو أخذ كل إحتياجاته فلن يكون صحيحاً ، ولو حرم حرماناً شديداً ، ستصبح عنده مشاعر حقد وكراهية وحرمان وكره لمن حوله ، لأن كل الذى يحتاجه لا يجده . وقد وضع علماء النفس معادلة يمكن تجربتها ، وهى فى الحقيقة مفيدة ، قالوا أنه يكفى تلبية ٧٠٪ من إحتياجات الطفل ، بمعنى : لو الطفل طلب مائة حاجة ، يلبى له منها ٧٠ فقط ، حتى لو كل الـ ١٠٠ حاجة منطقيين وهو يحتاجهم فعلاً ، لكن تلبية الـ ١٠٠ حاجة لن تؤدى إلى سلامة هذا الطفل ، فلابد من وجود شئ ينقصه .. يسعى إليه ويحلم به ، ويكون عنده الأمل أن يحصل عليها فى وقت من الأوقات ، ونشجعه أن يعمل ويسعى للحصول عليه .

٦ - مواكبة مراحل النمو :

غالباً ما تأتى الأم وتقول أن أولادها عندما كانوا صغار كانت تحبهم وتحس بأنهم جزء منها ، وكانوا منسجمين جداً معها ، لكن عندما كبروا ، أصبحت تحس بغربة معهم ، وكأنهم لم يعودوا أولادها ، ولم تعد منسجمة معهم كما كانت ، فهى عاجزة عن فهمهم ، وهم بالمثل غير قادرين على فهمها ، لا تعرف بالضبط من المخطئ هى أم هم ..... هذه الأم نقول لها أنها كانت متفقة مع أولادها فى مرحلة معينة وهم أطفال ، لكن أولادها يكبرون ويتطورون فى تفكيرهم وفى عاداتهم وفى تقاليدهم وفى تطلعاتهم ، لكن للأسف هى لم تتمكن من مواكبة هذه المراحل ، وقفت عند مرحلة معينة وثبتت عندها فى حين أن أولادها مستمرين فى النمو والتطور ، فهنا نشأت فجوة ما بين الأثنين ، فتكون الغربة وإختلاف اللغة ، فهى لا تفهم دنياهم ولا حياتهم ولا طبيعة المجتمع الذى يعيشون فيه ، وطريقة التعامل بينهم ..... وهكذا نقول لها أنها هى والأب لابد وأن يواكبوا مراحل النمو ، بمعنى أن يعيشوا معهم مرحلة مرحلة . وهذه المواكبة مفيدة ليس فقط للأبناء ، بل للأب والأم لأنهما أيضاً محتاجين لأن يعيدوا هذه المراحل مرة أخرى لأنفسهم ، فمثلاً هناك أب لم يعش مرحلة طفولته جيداً ، ولم يعش مرحلة مراهقته جيداً ، لأى سبب من الأسباب ، فيعيد التجربة مرة أخرى مع أولاده فى هذه المرحلة ، وكأنه يعيش المرحلة التى فقدها أو التى أفلتت منه

بدون ذنب منه ، أو لأى ظروف حدثت ، هذا يفيد نفسياً ، لأن الأشياء التى لم يتمكن من فعلها ، سيعود لمعايشتها مرة أخرى ، فيكمل النقص أو الأماكن التى كانت مؤلمة نتيجة للحرمان فى مرحلة معينة ، وفى نفس الوقت سيكون على نفس الموجة مع أبنائه ، فتعطى فائدة مزدوجة للطرفين ، وتجدد دائماً طفولة ومراهقة وشباب الأب والأم وتقوم بعمل حالة من التكامل فى شخصيتهما .

٧ - إحترام إرادة الطفل :

كثيراً من الآباء والأمهات يظنون أن الطفل ليست له إرادة أو أنها تنمو عندما يكبر ويصبح شاباً أو رجلاً ، لكن الطفل له إرادة من وقت مبكر جداً (ويمكن أن تلاحظ الأم هذا من خلال رفضه لأشياء وتمسكه بأشياء) وليس مسلوب الإرادة ويتحرك بريموت كونترول كما يريد الأب والأم ، حتى وهما معترفين بوجود هذه الإرادة ، يريدون أن يلغوها ، لأنهما يعتقدان أن عندهم خبرة وعندهم معرفة بالحياة أكثر من هذا الطفل فلابد من أن يختاروا له طريقته فى التفكير وفى الحياة وفى تحديد الأهداف والأساليب وكل شئ ، وكثير من الأباء والأمهات يصلون إلى درجة أن يحاولوا جعل هذا الطفل صورة طبق الأصل منهم ، وهم يعتقدون – واهمين – أنهم أفضل صورة إنسانية ممكنة أو أفضل نموذج ممكن ، وعندما يواجه الطفل بمحاولة إلغاء إرادته يبدأ فى هذه اللحظة فى إتباع سلوك العناد ، وهذه مشكلة كثيرة من الأباء والأمهات يشكون منها ويقولون أن إبنهم عنيدا ، ويحاولون علاجه من هذا المرض ، العناد ! ، ويحضرون هذا الأبن لكى يقوم الطبيب النفسى أو المعالج بترويضه لكى يسمع الكلام ويقوم بتنفيذ كل ما يريدونه ، طبعاً هذا غير ممكن عملياً ، وإرادة الله أعطت لهذا الطفل هذه الملكة .... أن تكون له إرادة مستقلة ، خلقة الله صاحب إرادة، فلماذا نحاول أن نغير خلق الله ، وهذا لا يعنى أن نتركه تماماً ليفعل كل ما يشاء بناءاً على كونه لديه إرادة مستقلة .

وقد قام العلماء بتقسيم الهداية ، وهى نوع من التربية والتوجيه ، فقالوا إن الهداية نوعان : النوع الأول « هداية إبلاغ » ، والثانى « هداية فعل » . هداية الإبلاغ هذه أن نقول للطفل هذا صواب وهذا خطأ ، لابد لكى يكون عنده قانون يتكيف به مع الحياة والبيئة ومع الكون كله ، فلابد أن يبلغ الأب والأم هذا القانون للطفل ، ولكن لا يتوقعوا الإمتثال التام لهذا القانون بمجرد إبلاغه ، لأن هناك هداية أخرى هى هداية الفعل ، أن يستجيب الطفل للرسالة التى وصلته لا يعنى بالضرورة أن يستجيب لها كلها ، يستجيب لأشياء ويؤدى أشياء ويغير أشياء ويعدل أشياء ، لأن الله خلق له إرادة

ورؤية ، وله فكر حتى وهو صغير ، لابد أن نتأكد من هذا تماماً ، فسيبدأ فى الإختيار ، وسيبدأ بالتجريب . الأب والأم وصلوا لما هما فيه حالياً بعد مراحل كثيرة من التجارب والأخطاء والنضج والتعلم ، ويريدون أن يأخذ الطفل أو الطفلة نفس الذى وصلوا إليه فى هذه المرحلة من العمر ، مثلا هما فى الأربعين أو الخمسين ، يريدون أن يكون لطفل أو طفلة فى عمر خمس سنوات أو عشر سنوات نفس آرائهم وتوجهاتهم ، وهذا ضد الفطرة ، وضد طبيعة الإنسان ، وضد إرادته وإختياره ومسئوليته التى خلقه الله عليها ، ولو أصر الأب والأم على هذا تحدث المشكلة التى نراها دائماً ويشتكى منها الكثير من الآباء والأمهات ، أن الطفل عنيد أو الطفلة عنيدة ، لا يسمعون الكلام ، لايريدون تنفيذ سوي مايرونه ، الحقيقة أن ما خلق هذا الموقف المعاند ، هو أن الأب والأم دخلوا فى شرنقة الماضى ، ولم يتمكنوا من، رؤية إحتياجات الطفل وضروراته ومجتمعه وظروفه والدنيا التى يعيش فيها ، فهو يعيش فى دنيا مختلفة كثيرا عن دنياهم ، وبما أن لديهم سلطة على هذا الطفل فإنهم يحاولون التحكم فيه ، وجعله يمشى على شريط القطار الذى حددوه له ، النتيجة ستكون شيئاً من أثنين ، إما أن يستسلم الطفل تحت هذا الضغط والقهر من الأبوين ، فيكون طفلاً سلبياً وإعتمادياً ليس له إرادة ولا إختيار ولا مبادرة ولا تلقائية ولا أى شئ على الأطلاق ، هو أسلم كل شئ للأب والأم ، وفى نفس الوقت يقوم بعمل شئ يسمى العدوان السلبى ، (مش أنتوا عايزين ده ؟ شوفوا بقى إيه اللى هيحصل) . من الممكن أن يفشل دراسياً ، أو أخلاقياً، هو قد سلم نفسه ، ويريد أن يحمل نتيجة هذا الفشل للأب والأم اللذان أصرا على التحكم فى خط سيره وعلى جعله صورة طبق الأصل من الذى يريدونه .

ومن الممكن أن يتمرد الطفل ، أن يرفض عمل أى شئ ، ويصبح عدوانياً ، يفعل ضد كل ما يقولونه له ، ويصبح عنيفاً جداً ، (عايزينى أذاكر ، لأ مش هذاكر ، عايزينى أنجح ، لأ مش هنجح ، عايزينى أبقى أخلاقى كويسه ، لأ همشى مع أسوأ ناس وأعمل كل اللى أنتوا بتكرهوه) ، لأن هناك صرا ع إرادات ، إما أن أكسب أنا أو أنتم ، وطالما لدى شئ أستطيع عمله ، فسأقوم به ، وسنرى فى النهاية من سيكسب ... وتكون رحلة صراع مؤلمة وضارة للطرفين ويتراكم فيها ، مشاعر سلبية عند الطفل تجاه الأبوين ، وعند الأبوين تجاه الطفل ، ويدخل الجميع فى أزمة ، لا يستطيعون الخروج منها ، إلا لو دخل طرف ثالث ، يفك هذا الإشتباك ، ويبدأ فى إخراج هذه المشاعر السلبية التى تراكمت ومشاعر الصراع والعداء التى تكونت نتيجة لإصرار كل طرف على إلغاء إرادة الطرف الآخر .

وهناك أمثلة عظيمة جداً من سلوك بعض الأنبياء فى هذه المسألة لأن بعض الناس يظنون أحياناً أن واجبهم الدينى أن يحموا أولادهم من الخطأ ، وهذا صحيح ، قال تعالى : « يأيها الذين آمنوا ، قوا أنفسكم وأهليكم ناراً وقودها الناس والحجارة » ، لابد من توعية الأبن للشئ الذى يمكن أن يؤدى لهلاكه فى الدنيا وفى الآخرة ، وهذه وظيفة الأب بسبب خوفه على الأبن ،ولأنه أغلى شئ بالنسبة له ، ووظيفة الأم أيضاً. لكن سنقول إن ما علينا هو هداية التبليغ ، لكن هداية الفعل نترك أمرها لله سبحانه وتعالى ، وندعوا أن يوفق الله الأبن لها ، لأننا نملكها ، فأنت أيها المربى تقوم بعمل ما عليك لكن فى النهاية ستحترم إرادة الأبن أو البنت وإختياره ، حتى لو كان هذا ضد إختيارك أو عكسه ، الكثير من الناس لن يحتمل هذه الفكرة وسيدخلون فى صراع مع الأبناء ، سنعطى مثلاً لإثنين من الأنبياء الكرام الأول : نوح عليه السلام ، وإبنه ، نوح جهز السفينة ،ويعرف بمجئ الطوفان ، فنادى لإبنه ، ولم يكن أبنه على نفس الطريق، فقال : « يابنى إركب معنا ولا تكن مع الكافرين » ، وهذه كانت إرادة نوح عليه السلام، ورؤيته ، بناءاً على خبرته ومعرفته والوحى الذى ينزل عليه ، وهو نبى ، ويخاف على ابنه ، لكن تظهر إرادة الأبن ورؤيته وإختياره : « سأوى إلى جبل يعصمنى من الماء » ، فرد الأب : لا عاصم اليوم من أمر الله » ، اليوم مختلف عن كل الأيام السابقة ، هذا خطر مختلف تماماً ، ربما كان من الممكن السماح فى الإختيار قديماً ، لكن إختيار اليوم مهلك فى الدنيا وفى الآخرة ، ستموت على الكفر ، ومع صعوبة الموقف ، نوح يرى إبنه سيموت بعد لحظات على الكفر ، يصر الأبن على أن يأخذ هذا الموقف الرافض لموقف الأب ، وكان متوقعاً أن سيدنا نوح لو كان يفكر مثلنا، أن يرسل له أتباعه ليحضروه إلى السفينة بالقوة ، لكن هذا لم يحدث ، سيدنا نوح أدى البلاغ ، وهو يعرف أن هداية الفعل بيد الله سبحانه وتعالى ، ونجا الأب بما رأى وهلك الأبن بما رأى وفعل ، لكن الله خلق الإنسان بهذه الإرادة ولحكمته أراد لها أن تعمل ، وكان هذا مثلا فى العصيان ، سنأخذ مثلا آخر فى الطاعة ، ونرى أنه أيضاً فى حالة الطاعة لا تلغى الإرادة عند الطفل أو عند الأبن . سيدنا إبراهيم : عندما رأى فى المنام أنه يذبح إبنه إسماعيل ، وهو يعرف أن رؤيا الأنبياء حق ، وأنها واجبة التنفيذ ، المتوقع – حسب ما نفهم – أن أمر الله لابد من أن ينفذ ، ويذبحه فوراً ، لكن سيدنا إبراهيم لم يفعل هذا إحتراماً لإرادة إبنه إسماعيل فذهب إليه بمنتهى المودة والرحمة والعطف : « يا بنى إنى أرى فى المنام أنى أذبحك فانظر ماذا ترى » ، نرى كيف قال له سيدنا إبراهيم : « يابنى » ، و « إنى أرى فى المنام » ، لأنه لو كان قال له

إن الأمر من الله مباشرة ، لما كا من الممكن أن يختار ، لكنه أعطى فرصة لإسماعيل ليقول رأيه ، مثلا ، هذا منام ويمكن تأجيله أو التفكير فيه ، فأنظر ماذا ترى ؟ ، مع أن سيدنا إبراهيم يعرف أنه لا رأى هنالك ، هذا أمر إلهى ، يقول سيدنا إسماعيل عليه السلام : « يا أبتى أفعل ما تؤمر ، ستجدنى إن شاء الله من الصابرين » ، هنا إختار وكان له فضل الإختيار يثاب عليه ، ولم يذبحه مباشرة بدون إختيار ، حتى لا يكون قد ذبح غدراً ، دون إرادة ، ولكن ترك له فضل الإختيار . وهذا درس يعلمنا أن الطفل له إرادة وأننا كآباء وأمهات ليست وظيفتنا أن تلغى هذه الإرادة عند الطفل ، ولكن أن نوجه ونهذب ، أن نقول ونبلغ ونوضح ونبين ، لكن فى النهاية ، سنسلم ، لأن هذا الطفل له إرادة وأن الله شاء بحكمته أن تكون هذه الإرادة موجودة وتأتى آية مهمة تحسم هذا الموضوع تقول : « ولو شاء ربك لآمن من فى الأرض كلهم جميعاً أفانت تكره الناس أن يكونوا مؤمنين » ، فإحترام إرادة الإنسان حتى فى الإيمان والكفر « لا إكراه فى الدين قد تبين الرشد من الغى » ، لا يوجد إكراه حتى فى الأشياء شديدة الأهمية ، إذن فمن باب أولى أن الأشياء الأقل أهمية لا يوجد فيها إكراه . ولكى يؤكد لنا ربنا هذه الحقيقة ضرب أمثلة لإستحالة إكراه البشر على شئ وكانت الأمثلة تمثل غالبية العلاقات بين البشر ، فهذا رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم لم يستطع هداية عمه أبو طالب رغم كل ما بذله معه من جهد ، ولذلك قال له الله تعالى « إنك لا تهدى من أحببت ولكن الله يهدى من يشاء » ، وسيدنا إبراهيم لم يقدر على هداية أبيه ، وسيدنا لوط لم يقدر على هداية زوجته ، وسيدنا نوح لم يقدر على هداية إبنه ..... وهكذا تتعدد النماذج فى علاقات مختلفة لتثبت فى النهاية أن هداية الفعل لايملكها إلا الله سبحانه وتعالى ، لذلك حين يفعل الأب ما عليه أو تفعل الأم ما عليها فلا يبقى إلا أن يدعوا لإبنهما بالهداية والتوفيق ، ولا يحاولان قهره أو إلغاء إرادته .

وهذه النقطة تسبب صراعاً شديداً ما بين الآباء والأمهات من ناحية والأبناء من ناحية أخرى ، وتداعياتها السلوكية كثيرة جداً ، إما سلبية وإستسلام وشخصية إعتمادية وإما عناد وتمرد ومكايدة وصراع ومشاكل ليس لها أول من آخر .

٨ - مراعاة مشاعر الطفل :

ففى مجتمعاتنا – كما قال أحد العلماء – عندنا أمية تربوية وعندنا أمية نفسية ، وعندنا أمية وجدانية . الأمية التربوية هى أننا محتارون فى كيفية تربية الأولاد ، ولدينا أخطاء كثيرة ، كلنا بلا إستثناء بما فيهم من يحاضر فى التربية ، والذين يقومون بأبحاث كبيرة جداً فى التربية ، عندهم أخطاء فى تربية أولادهم ، لأن موضوع

التربية هذا لم يأخذ منا إهتماماً كبيراً ، أحياناً نربيهم بطرق محفوظة وأنماط جامدة غير مرنة ، ونصمم عليها ، ولا نغيرها مع الوقت ، رغم أن الطفل كما قلنا يتغير وينمو، وإحتياجاته تختلف من وقت لآخر ، لكننا توقفنا عند أنماط جامدة وقواعد صلبة وصممنا عليها فهنا ، حتى رغم أن هذه القواعد من المكن أن تكون صحيحة إلا أن عدم تغييرها وعدم مواكبتها لتطور الطفل ونموه يجعلها غير صحيحة ، وتحتاج إلى تعديل وتغيير من وقت لآخر ، فعندنا أمية تربوية بلا شك ، وكلنا نحتار فى كيفية تربية الأولاد ، وما نقدمه الآن يحل المشكلة ، لكنه سيسهل الأمور كثيراً على الأب والأم ، ويكون كمصابيح تنير بعض المناطق ، وليست لدينا خبرة كافية لنفوسنا ولنفوس الآخرين ، لهذا نحس بعدم الراحة ، وعلاقاتنا مضطربة ، وهناك الكثير من الصدمات والإحتكاكات بسبب الأمية النفسية ، فنحن لم نعطى لهذا الجانب أهمية ، بأن نفهم أنفسنا ونفهم الآخرين . أما الأمية الوجدانية فهى أمية المشاعر ، بمعنى أننا لا نعطى للمشاعر إهتماماً كبيراً ولا نراعى مشاعر بعضنا بشكل كاف ، ولا يهمنا الكلمة التى نقولها إن كانت تؤثر فى هذا أو تغضب ذلك ، فكثيراً ما نقوم بعمل أشياء لا نحس بها ولكنها تسبب آثار كبيرة على الناس ، والطفل – على وجه الخصوص – كائن رقيق برىء ناعم ولطيف ، تكون له مشاعر مرهفة جداً وتحتاج للتعامل بدقة وحساسية لأن هذا الطفل كيان برىء يحتاج أن تكون فى غاية الحرص والحذر فى التعامل معه ، فإذا إنتهكت هذه البراءة بتعامل فظ غليظ خشن لا يقدر أن لهذا الطفل مشاعر وأحاسيس فإنك تؤذيه غاية الإيذاء دون أن تدرى ودون أن يستطيع هو التعبير لفظياً عما حدث له ، فالطفل لم يتعود بعد التعبير عن مشاعره بلغتنا المعتادة لذلك حين يتأزم وجدانياً ربما يظهر عليه ذلك فى صورة إضطراب فى الشهية أو إضطراب فى النوم أو إضطراب فى السلوك . والحقيقة أننا لا ندرك هذه المشاعر بدرجة كبيرة وأن مشاعر هذا الطفل مختلفة عن مشاعرنا ولا تظهر بالشكل الذى إعتدناه لأنها لم تأخذ الشكل المميز لكنها موجودة ، ونحن فى حاجة لقراءتها بلغتها دون تعقيد .

٩ - رعاية مواهب الطفل وإحترام الفروق الفردية بين الأطفال :

كثير من الآباء والأمهات يريدون للأطفال أن يصبحوا قالباً واحداً ، يريدونهم بنفس السلوك ، (الولد ده طيب ومطيع يبقوا كلهم يطلعوا كده ، الولد ده شاطر فى المدرسة يبقوا لازم كلهم يكونوا شاطرين فى المدرسة ، الولد ده بيعرف يرسم يبقوا لازم كلهم يعرفوا يرسموا ، الولد ده حفظ القرآن فى سن صغير يبقوا لازم كلهم يحفظوا القرآن فى سن صغير) ، إهدار الفوارق الفردية يسبب مشكلة كبيرة . أو عدة مشاكل ،

أولاً : ينكر فطرة خلقها الله فى الإنسان ، وهى أن كل إنسان فى هذه الدنيا يؤدى رسالة معينة ويضيف للحياة شيئاً مختلفاً عما يضيفه باقى الناس ، فكيف نريد منهم أن يكونوا كلهم شيئاً واحداً ، نفس الطريقة ونفس الأسلوب كما نريد لا كما يريدون ، هنا كل فرد سيفقد القدرة الخاصة التى وهبه الله إياها ، حيث أن كل إنسان وهبه الله قدرة خاصة ليضيف بها إلى هذه الحياة ، فبإنكارنا لهذه الموهبة ، تضيع الموهبة وفى نفس الوقت لن نتمكن من إجبار الطفل على التميز فى مجال ليس موهوباً فيه ، كما يجعل الأولاد يغارون من بعضهم ، لأن كل طفل يريد أن يصبح مثل أخيه ، ولا يستطيع ، يبدأ فى كرهة لأنه يشعر بأنه يقوم بعمل شئ يعجب الأب والأم وهو لا يستطيع عمل هذا الشئ الذى يجوز رضا وإعجاب الأبوين ، وينظرون إليه على أنه أقل من أخيه ، فيغار منه ، ويكرهه .

لكن لو أحس كل طفل بأنه محبوب لذاته ولإمكانياته ، وأننا لا نقارنه بأخيه ، ولكن نقول له أنه متميز فى كذا ، وأخوه متميز فى كذا ، وأننا نحترم قدراتهم ومواهبهم وفروقهم الفردية فإن ذلك يؤثر إيجابياً عليهم جميعا .

لو عرفنا هذه الحقيقة وعرفنا أن الله سبحانه وتعالى أعطى كل إنسان قدرة وملكة وموهبة ، يقوم بعمل شيء معين بها فى هذه الدنيا ، فستختلف أحوالنا بكل تأكيد مع أطفالنا ، سننظر إليهم بعطف ورعاية لكل موهبة عند كل طفل ، بالشكل الذى تظهر به ، وننميها ونهذبها ونكبرها ونوجهها ، لكن لا نطفئها ، فنحن فى مجتمع – للأسف الشديد – يقتل كل المواهب ، لأن لدينا تصور أن النجاح نمطى ، وتصور يكاد يكون أحادياً ، أن الطفل لابد من أن يقوم بعمل أشياء معينة ، ولكن هناك ألوان كثيرة من النجاح والإبداع والعطاء وألوان كثيرة من تعمير هذه الحياة ، كل شخص يقوم بعملها بطريقته ، وبالهبة التى منحه الله إياها ، فلا نشوه هذه الفطرة .

والرسول صلى الله عليه وسلم ، كان حوله نخبة ممتازة من الصحابة ، كل واحد منهم لديه خلفية ثقافية معينة ، منهم العبد ، ومنهم السيد ، ومنهم التاجر ، ومنهم الصانع ، ومنهم السياسى ، والعالم والعسكرى ، فلم يفرض الرسول صلى الله عليه وسلم عليهم أنماطاً معينة وثابتة ولم يضعهم فى قوالب محددة وإنما نمى كل شخصية لتعطى أفضل ما عندها ، فمن لديه ملكة الحفظ حفظ الأحاديث (كأبى هريرة رضى الله عنه) ، ومن كان لديه ملكة الصوت الندى صار مؤذناً (كبلال بن رباح رضى الله عنه) ، ومن لديه ملكة التجارة أصبح تاجراً عظيماً (كعبد الرحمن بن عوف رضى الله عنه) ، وهكذا ، كل شخص وضع فى المكان المناسب له ليعطى

أفضل ما عنده ، وفى النهاية ، تكون لديه باقة من القدرات والملكات تتكامل وتعطى مجتمع مبدع ومبتكر ، وهذا ما نفتقده فى مجتمعنا الحالى ، أننا نفتقد ملكات الإبداع والإبتكار فى كل المجالات ، فى العلم والأدب والدين والفن وكل شئ ، لأننا نرى هذه المواهب ولا نحترمها .

وفى الآونة الأخيرة كثر الحديث عن ما يسمى ب « الذكاءات المتعددة ، مثل الذكاء اللفظى اللغوى ، والذكاء المنطقى الحسابى والذكاء البصرى الفراغى والذكاء الحركى والذكاء الفنى والذكاء الإجتماعى والذكاء الوجدانى والذكاء الروحى . وللأسف الشديد نحن لا نقيم فى أبنائنا غير عدد قليل من هذه الذكاءات غالباً الذكاء اللفظى واللغوى والذكاء المنطقى الحسابى ، وهذا يهدر بقية ملكاتهم التى أودعهم الله إياها ويتركهم فى حيرة ويجعلهم يشعرون بالدونية لأن ملكاتهم ليست لها قيمة عند الناس ويحبونهم ويرعونهم . وهذه النظرة المختزلة للأبناء لا تتوقف عند حدود البيت وإنما تمتد أيضاً إلى المدرسة (بل ربما يكون مصدرها الأساسى فى المدرسة) حيث يقوم النظام التعليمى على تقدير ملكات محدودة لدى الطالب (غالباً اللفظية اللغوية والمنطقية الحسابية) ويهمل بقية الملكات والذكاءات ، ولهذا نجد الطلاب لا يحبون مدارسهم لأنهم لا يجدون أنفسهم فيها ، وقد زاد من هذه المشكلة الإنتشار الوبائى للدروس الخصوصية والتى كانت فى فترة من الفترات بمثابة التعليم الموازى والآن أصبحت تمثل التعليم البديل ،والتعليم فى الدروس الخصوصية يقوم على فكرة إعداد كائن إمتحانى يحصد أكبر عدد من الدرجات ولا شئ غير ذلك ، وهكذا يختزل الطالب كإنسان ويتحول لأداة تجمع الدرجات ، فضلا عن إكتسابه صفات الإعتمادية والإنتهازية والإستسهال والمسايرة والنمطية وكلها صفات تخرج لنا جيلا هزيلا لا يعتمد عليه .

١٠ - مراعاة الترتيب والتكامل في وسائل التربية :

قرر علماء التربية أن الوسائل التربوية تتبع حسب الترتيب التالى :

* القــدوة .
* الثـواب .
* العقـاب .

ومع هذا نجد المربيين لا يولون القدوة أهمية كبيرة ولا يولون الثواب إهتماماً أو عناية ، وربما تختزل العملية التربوية برمتها فى العقاب ويختزل العقاب فى الضرب .

وأذكر أننى كنت أزور عدداً من المدارس ووجدت إنزعاجاً شديداً من المدرسين بسبب القانون الذى منع ضرب الطلاب فى المدارس ، وكان هؤلاء المدرسون يتساءلون : « إذا كنا سلبنا هذه الوسيلة التربوية الأساسية فكيف نتحكم فى هؤلاء الطلاب وكيف نستطيع تعليمهم ؟ » ، وكان يبدو جليا أن لديهم إعتقاد راسخ أن العملية التربوية تسقط تماما فى حالة إنتقاء عقوبة الضرب ، وربما يعود ذلك إلى الثقافة السائدة لدينا منذ سنوات طويلة والتى أختزلت التربية فى العقاب وإختزلت العقاب فى الضرب وأهملت سائر الوسائل التربوية الأكثر أهمية وتأثيراً مثل القدوة والثواب والوسائل الأخرى من العقاب كالعتاب والتوبيخ والحرمان ..... إلخ .

ولكى تسير العملية التربوية بشكل صحيح لابد وأن تتوازن وتتكامل فيها كل الوسائل التربوية مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال ، فهناك من تكفيه الإشارة وهناك من تكفية نظرة العتاب وهناك من ينصلح بالقدوة وهناك من يحفزه الثواب وهناك من يحتاج للعقاب . والمربى الناجح هو الذى يعرف متى وأين وكيف يستخدم هذه الوسائل .

نماذج تربوية

سؤال يردده الكثير من الآباء والأمهات : كيف نربى أبناءنا وبناتنا ؟

والسؤال ليس جديداً وإنما زادت حدته وزاد إلحاحه فى السنوات الأخيرة خاصة بعد التحولات السياسية والإجتماعية والإقتصادية والثقافية الحادة التى صاحبت فكرة العولمة ، فقد أصبحت خصوصيات المجتمعات المحلية مهددة تحت تأثير البث الإعلامى الهائل والمتعدد والمتناقض فى آن ، ولم يصبح زمام التربية فى أيدى الآباء والأمهات والمدرسين والمدرسات وأئمة المساجد ووعاظ الكنائس فحسب وإنما تعددت الأيدى الممسكة بهذا الزمام فشملت التليفزيون (كأداة تربوية أساسية فى الوقت الحالى شئنا أم أبينا وبصرف النظر عن إيجابياتها وسلبياتها) والإذاعة والصحف والمجلات والكمبيوتر والأنترنت ... وغيرها من وسائل الأتصالات الحديثة والمتعددة .

وهنا وقف المربون التقليديون فى حيرة شديدة فهم لا يعرفون كيف يواجهون هذه « التعددية التربوية » من ناحية ، وبعضهم (إن لم يكن أغلبهم) لم يكن من البداية يعرف حدود النموذج التربوى الأمثل لأبنائه وبناته ، فنحن فى المجتمعات العربية والإسلامية مما يمكن تسميته « الأمية التربوية » وهى جزء من أميات كثيرة مازلنا نعانى منها كالأمية النفسية والأمية السياسية والأمية الأخلاقية . ونتج عن هذه الحيرة مضاعفات كثيرة فبعضهم بالغ فى إغلاق النوافذ على أبنائه وبناته بغية حمايتهم مما يعتقد أنه تلوث ثقافى ودينى وتربوى ، وبعضهم تساهل فى فتح كل النوافذ عملاً بمبادئ الحرية والإختيار والمسئولية ، والبعض الآخر ظل مذبذباً لا يعرف ماذا يفعل . ويمكننا أن نرصد بعض النماذج التربوية السائدة فى مجتمعاتنا مبينين بعض إيجابياتها وسلبياتها أملاً فى توسيع رؤية قاعدة الإختيار للنموذج التربوى الأكثر ملائمة والأكثر توازناً :

١ – **التربية العفوية (الفطرية) :** ويميل إليها سكان القرى والمستويات الإجتماعية البسيطة وهى تعنى غياب تصور مسبق للتربية لذلك يعتمد الوالدان على ردود أفعالها الفطرية العفوية فى المواقف المختلفة ، فهم كآباء وأمهات يحبون أبنائهم وبناتهم ويعملون بشكل طبيعى وتلقائى من أجل مصلحتهم ، وهذا يكفى (فى نظرهم) ، خاصة وأنهم – أى الأباء والأمهات – قد تربوا بهذه الطريقة البسيطة وهم

يرون أنها صالحة لأبنائهم .

ويستشهد المتحمسون لهذه الطريقة التربوية بآباء وأمهات بسطاء جداً لم يحصلوا على أى قدر من التعليم وقد ربوا أبناءاً وبناتاً تقلدوا أرفع المناصب ووصلوا إلى أعلى الدرجات العلمية والثقافية .

وتتميز هذه الطريقة بالبساطة والعفوية كما تتميز بوجود قدر كبير من المشاعر التلقائية بين الآباء و الأبناء ، وتتميز أيضاً بالمرونة فى المواقف المختلفة ، لكن يعيبها عدم ثبات نتائجها فهى أحياناً تنجح نجاحاً واضحاً والنماذج على ذلك موجودة فعلاً ، وأحياناً أخرى تفشل فشلاً ذريعاً ، وحيثما لا توجد قواعد واضحة يصعب بالتالى التنبؤ بالنتائج .

٢ - التربية العقلانية (السيكولوجية) : ويصف الدكتور عبد المنعم الحفنى هذا النموذج التربوى فى الموسوعة النفسية الجنسية (الطبعة الأولى ١٩٩٢ - مكتبة مدبولى) بقوله : « وليس أجدى فى التربية مما يسمى بالطرق السيكولوجية فهى أفضل فى نتائجها من الضرب والتهديد والتقريع وكم من طفل إستقام أمره بحثه على التعقل وإستنفار قواه الذاتية ، نتيجة ما يستشعره من تأنيب ضمير أو ذنب . وإنه لمن المفيد ألف مرة أن يظهر الأب أنه مستاء أو غير راض دون أن يضرب أبنه أو يهدده أو يقرعه . ولا يفعل العقاب سوى أن يزيد الطفل العدوانى عدوانية ويملأ قلبه بالكراهية لأبويه » .

وهذا الأسلوب التربوى يميل إليه المتعلمون والمثقفون والمنتمون إلى الطبقات الإجتماعية الأعلى وذلك بحسب تركيبتها العقلانية الراشدة وبحسب ما يتاح لهم من قراءات نفسية توضح لهم قيمة الحرية والإختيار والمسئولية لهم ولأبنائهم على السواء ، كما أن هذه الطبقات بطبعها لا تميل إلى العقاب البدنى أو حتى اللفظى . وربما يميل إلى هذا النموذج أيضاً الأباء والأمهات فاقدى أو ناقصى المشاعر الوالدية الطبيعية وخاصة النساء المسترجلات اللآتى لا تسعفهن مشاعر الأمومة الفياضة فنجد الواحدة منهن تهرع إلى الكتب النفسية أو إلى المتخصصين فى التربية تبحث عن إجابة لكل صغيرة وكبيرة فى حياة طفلها ، وبالتالى تكون إستجاباتها (أو معظمها) مبنية على توجيهات علمية خارجية وبالتالى ينقصها التلقائية وينقصها الجانب الوجدانى ، ولهذا تجد فى عيون أبنائها آثار حرمان عاطفى لا تخطئه العين الخبيرة .

ويشير الدكتور الحفنى إلى الوجه الآخر للتربية العقلانية (السيكولوجية) بقوله:
« ومن ناحية أخرى فقد يؤدى الغلو فى اللجوء إلى الطرق السيكولوجية فى التربية

إلى أن ينمو الطفل عقلانيا وشديد الإنتماء فيسلبه ذلك قدرته على المبادرة والتصرف بعفوية ، حيث تقتضى العقلانية أن يكثر التفكير فى الأمور ويتردد قبل أن يقوم بعمل ما ، ويقتضى إنتماؤه أن يفكر فى إرضاء الناس فيعمل وفق هواهم » .

وهكذا نجد أنه على الرغم من أن النمط العقلانى (السيكولوجى) يرتكز على قواعد تربوية علمية وبالتالى يمكن التنبؤ بنتائجه إلا أن المبالغة فيه تأتى على حساب نمو الجوانب الوجدانية التلقائية والطبيعية ، فيكون الطفل أشبه بنبات (الصوبات) شكله جذاب ولكن طعمه مائع .

٣ - الإهمال : هو أسلوب تربوى ينشأ عن إنشغال الوالدين أو غيابهما عن الأبن (أو البنت) فينشأ ولديه شعور بإنعدام القيمة وإنعدام الحب ، ويجد صعوبة بعد ذلك فى إقامة علاقة سوية مع الناس ، فهو لا يستطيع أن يحب أحد أو يحبه أحد ، وهو فاقد القدرة على الأخذ والعطاء على المستوى الإنسانى ، لذلك ينشأ ذاتوياً منكمشاً ، وإذا حدث وتزوج فهو غير قادر على الإهتمام الوجدانى بزوجته وأبنائه ، لأن مستقبلات الحب والإهتمام والرعاية لديه لم تتعود على العمل قبل ذلك فى أسرته الأصلية . وهذا الطفل المهمل ربما يميل إلى جذب الإنتباها بأعمال إيجابية أو سلبية فيمكن أن يتفوق دراسياً ، أو يتميز فى بعض الأعمال لكى ينال رضا الآخرين ويمكن أيضاً أن يكذب أو يسرق أو يعتدى لمجرد جذب الإهتمام وأحياناً نجد هذا الشخص الذى عانى الإهمال فى حياته المبكرة يستغرق كثيراً فى عمله وينشغل به طوال الوقت ويجد فيه بديلاً وعزاءاً عن التعامل الإنسانى الذى لا يجيده ولا يستمتع به فالأشياء لديه أهم من البشر .

٤ - **النبذ (الرفض) :** وقد يبدو غريباً للوهلة الأولى أن ينبذ الأب أو الأم طفليهما ، ولكن هذا يحدث فعلاً فى الواقع ولنضرب لذلك بعض الأمثلة : الأم التى تزوجت رجلاً لا تحبه ولا ترغب فى إستمرار العلاقة به ربما ترفض إبنها أو إبنتها منه (بوعى أو بدون وعى) ..... والأب الذى يشك فى سلوك زوجته كثيراً ما يرفض أبناءه منها لأنه يشك فى إنتسابهم إليه .... والأم التى أنجبت عدداً كبيراً من البنات ثم رزقت ببنت أخرى وهى لم تكن ترغب فى ذلك .... أو الأبوين المشغولين اللذين رزقا طفلاً لم يستعدا - حسب رأيهما - لاستقباله .... إلخ ، كل هذه النماذج لحالات يمكن أن يعانى فيها الطفل من الرفض (الواعى أو غير الواعى لا فرق) ، وهذا الرفض يصل فى صورة معاملة قاسية وعدوان لفظى أو جسمانى أو حرمان مادى أو عاطفى متعدد أو حتى تهديد لحياته ، لذلك فهو يعيش فى جو غير آمن ولا

يستطيع أن يثق فى أبويه وبالتالى لا يثق فى أحد أبداً وينشأ قاسياً عدوانياً متسلطاً ويعتبر الرحمة ضعفاً ويحاول جاهداً أن يعلو على الآخرين ويتملكهم بالقوة والسيطرة لا بالحب الذى لا يعرفه .

والكثيرين من الطغاة والجبارين والمستبدين فى التاريخ الإنسانى كانوا إنتاجاً لهذا النمط التربوى ودفعت الإنسانية كلها ثمناً غالياً لهذا الإنحراف التربوى الخطير .

٥ – **التدليل :** ويحدث كثيراً من الطفل الأوحد ، أو الولد الوحيد وسط أخوات ، أو البنت الوحيدة وسط ذكور ، أو المولود الذى جاء بعد فترة عقم أو بعد وفاة عدد من الأطفال قبله ، أو الطفل الأول أو الأخير .... وهكذا .

والطفل المدلل يتعود على درجة عالية من الإهتمام من كل من حوله فهو مركز الأسرة ومحور إهتمامها ، وكل طلباته مجابة ، وهو يأخذ كل شئ ولا يعطى شئ فليس مطلوباً منه أن يعطى يكفى فقط وجوده لسعادة الأسرة ، ولهذا ينشأ أنانياً محباً لذاته ومولعاً بها إلى درجة النرجسية ، وهو بالتالى غير قادر على تحمل مسئولية الدراسة أو العمل أو الزواج .

وهو حين يتزوج يميل إلى إختيار زوجة تقوم بدور الأم البديلة لكى ترعاه وتلبى كل إحتياجاته ويكون غير قادر على العطاء المادى أو الوجدانى لها ولأولاده منها فمراكز العطاء عنده لا تعمل لأنها لم تتعود على العمل قبل ذلك ، وفى المقابل فإن مراكز الأخذ لديه نشطة طوال الوقت .

وقد قرر علماء النفس أن تلبية مطالب الطفل بنسبة أكثر من ٧٠٪ يفسده ، فكما أن درجة من الإشباع مطلوبة للتربية السليمة فإن درجة من الحرمان أيضاً مطلوبة .

٦ – **الحماية الزائدة :** وغالباً ما تتورط الأم فى هذا النمط التربوى خاصة فى غياب الأب أو نتيجة لعوامل شخصية فيها مثل الوحدة وعدم الإحساس بالأمان فتسقط هذه المشاعر على طفلها فتحوطه برعاية زائدة وحب خانق وتراقبه فى كل حركاته وسكناته ولا تسمح له بالخروج إلا للضرورة القصوى ثم تقف فى النافذة تنتظر عودته على أحر من الجمر ، ولا تسمح له بالإختلاط بغيره من الأطفال أو النزول إلى الشارع وتسوق لذلك حججاً كثيرة منها أنه يتعلم ألفاظاً نابية من الأطفال أو أنه ضعيف البنية أو أن المنطقة التى يعيشون فيها غير آمنة .... إلخ .

وهذا الطفل ينشأ مسلوب الإرادة فاقد للمهارات الإجتماعية اللازمة للحياة ، ويعيش فى تبعية لأمه ثم لزوجته بعد ذلك فهو يختار زوجة متسلطة (مسترجلة)

تقوده وتحميه كما كانت تفعل الأم ، وهو لا ينضج أبداً بل يظل طفلاً ضعيفاً غير مسئول ولا يستطيع القيام بواجباته المدرسية إلا فى وجود الأم بجانبه وأحياناً يظل ينام بجانبها فى سرير واحد حتى بعد أن يتجاوز العشرين أو أكثر من عمره . وربما تأتى الأم لتشكو من سلبية أبنها وإعتماديته عليها ولكنها بدون وعى تريده أن يبقى هكذا لكى تضمن بقاءه فى حضنها مهما كانت النتائج .

وفى بعض الأحيان يتمرد هذا الطفل على أمه أو أبيه فى سن المراهقة وكسر حاجز الحماية الذى نصباه حوله ويصبح عدوانياً وقحاً كرد فعل للحماية الزائدة التى فرضت عليه وربما يبالغ فى الدخول إلى كل مجالات الإنحراف التى كان يخشاها أحد الوالدين أو كليهما .

٧ – **التربية المتدينة :** وفيها يلجأ الوالدان إلى إتباع القواعد الدينيه فى العملية التربوية ، وهما فى هذه الحالة يشعران بالأمان التربوى حيث أنهما يعتقدان أنهما ينفذان التعاليم الربانية العليا فى تربية طفلهما ، وهما يربطان التعليمات التربوية بالتعاليم الدينية وبذلك يتجنبان الصراعات الشخصية مع أبنائهم فالأمر كله لله ، وهو الخبير بعباده وبما يصلحهم أو يضرهم لأنه هو خالقهم ونظامه التربوى سبحانه وتعالى وهو أفضل النظم على الإطلاق .

ومع كل هذه الإعتبارات السابقة نرى فى الأسر المتدينة مشاكل عديدة ليس سببها المنهج التربوى الإلهى وإنما سببها طريقة فهم الآباء والأمهات لهذا المنهج وطريقة تطبيقه فى الحياة اليومية لأبنائهم ، فكل أب وكل أم يختار من النصوص الدينية ما يتلاءم مع طبيعة شخصيته ويفسرها حسب ميوله وإتجاهاته ويطبقها أيضاً طبقاً لهذه الإعتبارات ، وربما يبدو هذا منطقياً ومتوقعاً فالتدين فى النهاية سلوك بشرى يمكن أن يتفق أو لا يتفق مع المنهج الإلهى ، ولكن المشكلة فى هذا النوع من التربية أن الآباء والأمهات حين يخطئون فهم غير مستعدين لتصحيح ذلك لأنهم يعتقدون أن ما يفعلونه هو الصواب المطلق وأن ما عداه خطأ ولذلك يفتقدون المرونة التربوية بل ويحاولون فرض رؤيتهم الدينية علي الأبناء بإعتبار أنه لا خيار لأحد أمام النصوص الدينية المطلقة ، وفى هذا المناخ إما أن يخضع الأبناء لرؤية الآباء وتفسيراتهم للنصوص الدينية ويصبحون مقلدين فى الغالب وإما أن يتمردوا على تلك التفسيرات وربما يتمردوا على كل ما هو دينى لأنه يذكرهم بإستبداد والديهم وتحكمهم .

أما إذا كان المنهج الدينى والتعاليم الدينية تسرى فى جو الأسرة من خلال

القدوة الحسنة والنماذج المتوازنة المحبوبة فى الوالدين فإن الحالة التربوية تكون فى أفضل أوضاعها حيث الإيمان بالله يفتح فى نفوس الأبناء آفاقاً هائلة للحب والعطاء والرحمة والتسامح والإيثار فى جو القداسة المفعمة بالدفء الوجدانى العميق .

٨ - التربية المتوازنة : وهى التى ترعى جوانب التطور والتكيف فى شخصية الطفل ، وترعى الجوانب الفردية والإجتماعية ، وترعى الجوانب الدينية والدنيوية ، وتعطى إعتباراً لإحتياجات الطفل فى المراحل العمرية المختلفة وتواكب هذه الإحتياجات بمرونة وفهم ، وتهتم بالقدوة أكثر من إهتمامها بالعقاب ، وتوازن بين الإشباع والحرمان ، وتعطى الفرصة للطفل كى ينمو وينضج ويتطور وفى ذات الوقت يحتفظ بعلاقته الإيجابية بأسرته ، وتوازن بين الجوانب العقلية والجوانب الوجدانية والجوانب الروحية . وهى تربية ديناميية (حركية) بمعنى أنها لا تستند إلى مفاهيم ثابتة وجامدة فى كل المراحل وكل الظروف وإنما تتميز بالمرونة والمواكبة وتقدير المراحل والظروف المتغيرة بالضرورة فى حياة الطفل .

الجانب الوجداني في التربية

حكت لى إحدى الأمهات كيف أنها ذهبت مرافقة لزوجها إلى بريطانيا ومعهما أبنهما الوحيد البالغ من العمر ٥ سنوات . وأخذت الأم طفلها وألحقته بإحدى دور الحضانة فى مدينة لندن ، وكانت مشفقة عليه ، ولكنها فوجئت بعد عدة إسابيع تعلق طفلها الشديد بالحضانة لدرجة أنه كان يبكى يومى الإجازة الإسبوعية ، فهو يتمنى أن يذهب إلى الحضانة كل يوم بلا إنقطاع . ولما ذهبت الأم لترى سبب تعلق إبنها بالحضانة إلى هذا الحد عرفت السر ، فبالرغم من حاجز اللغة بين الطفل وأقرانه ، وبينه وبين مربيته ، إلا أن المربية إعتمدت على الرعاية الوجدانية العالية ، وهى لغة عالمية تتجاوز حدود اللغات والثقافات ، وشيئاً فشيئاً بدأ الطفل يكتسب اللغة نظراً لما أحاطه أصحابها من مودة ورعاية .

حين سمعت هذه القصة تذكرت بألم ما نشاهده فى مصر وفى بعض البلدان العربية من نفور أبنائنا وبناتنا من المدارس وإختلاقهم الأعذار لعدم الذهاب للمدرسة ، وكيف أن الدروس الخصوصية فى مرحلة من المراحل صارت تمثل نوعاً من التعليم الموازى ، ثم فى المرحلة الحالية أصبحت تمثل تعليماً بديلاً ، وكاد أن ينهار التعليم المدرسى وتنهار معه العملية التربوية التى لا تتم إلا فى المدرسة .

ويبدو أن أحد أهم أسباب الفشل المدرسى لدينا إهمال الجانب الوجدانى فى التربية إلى الدرجة التى أصبحت معها الحياة المدرسية تتسم بالجفاف والوحشة والصراع المتبادل بين المدرسين والطلاب ، وبين المدرسين والإدارة ، وبين الجميع ووزارة التعليم ... وهكذا .

وعلى الرغم من شيوع مفهوم الذكاء الوجدانى ومفهوم النضج الوجدانى فى الآونة الأخيرة إلا أن نظامنا التربوى فى البيت والمدرسة مازال بعيداً جداً عن الإهتمام بهذه المفاهيم .

والغريب أنه منذ أكثر من مائة عام كان قاسم أمين يرصد هذه المشكلة بوضوح شديد فى قوله : « يقضى أولادنا الآن أوقاتهم فى تعلم القراءة والكتابة واللغات الأجنبية ومطالعة العلوم سنين ، ثم ينتقلون إلى علوم أخرى أعلى وأرفع من تلك ، فإذا إنتهت مدة الدراسة ودخلوا فى ميدان الحياة العمومية أنتظرنا منهم أن يكونوا بيننا رجالاً

ذوى إحساس شريف وعواطف كريمة وأخلاق حسنة وهمم عالية ، رجالا يشعرون ويعملون .... ولكن وا أسفاه !! نرى آمالنا فيهم خائبة ، نرى لهؤلاء الشبان المتعلمين قلوباً يابسة وهمماً صغيرة وعزائم ضئيلة ، أما العواطف فهى بالتقريب ، فيهم معدومة ، فلا يروق لأعينهم منظر جميل ، كما لا ينفرهم مشهد قبيح ، ولا يعطفهم حنو ، ولا تبكيهم مرحمة ، ولا يحترمون كبيراً ، ولا يستصغرون صغيراً ولا تحركهم منفعة إلى عمل مهما عظم نفعه .... وليس لذلك من سبب سوى أن التربية لم تتناول وجدانهم هذا الوجدان الذى هو المحرك الوحيد للعمل لا يظهر ولا يقويه ولا ينميه إلا التربية البيئية ، ولا عامل لها فى البيت إلا الأم ، فهى التى تلقن ولدها إحترام الدين والوطن والفضائل وتغرس فى نفسه الأخلاق الجميلة وتنفث فيها روح العواطف الكريمة » (قاسم أمين – ١٩٠٠ عن كتاب المرأة الجديدة – إصدار مؤسسة أخبار اليوم – العدد ٣٠٢ ديسمبر ١٩٨٩) .

ويواصل قوله حول ضعف التربية الوجدانية لدى المصريين وأثرها فى السلوك :

« وإنما السبب الحقيقى لفقد الشعور إلى هذا الحد هو إهمال تربية العواطف عندنا فى زمن الطفولة . وتبع ذلك أن أعصابنا أصبحت لا تتأثر إلا بالإحساسات المادية التى تقع عليها مباشرة ، وصارت غير قابلة للتأثر بالمعانى النفسية .... فإنحطاط المصرى إنما هو ناشئ من حرمانه من هذه التربية الأولي ، ينمو الطفل بيننا كما ينمو النبات ، ولا يهتم أحد من أهله إلا بإعطائه التغذية والملبس ، فهم يعتنون به كما يعتنى أى إنسان بحيوان يحبه ، فكل بناء يقام بعد ذلك على هذا الأساس هو بناء على الرمل لا يلبث أن ينهار مهدوماً ... وبالجملة ، إن التربية تنقسم إلى قسمين تربية العقل : وهى التى توجه مدارك الإنسان إلى إكتشاف حقائق العلم ، وتربية الروح : وهى التى توجه إرادته إلى الخير وتميل بإحساسه إلى الجميل ، وكلتاهما لازمتان لسعادة الإنسان» (قاسم أمين – المصدر السابق) .

ومن العجب أن يقال هذا الكلام منذ أكثر من مائة عام وتظل المشكلة قائمة بل تزداد حدة مع الوقت ، ويزداد تدهور العملية التربوية والعملية التعليمية فى المدارس . ومن العجب أكثر أن يسبق قاسم أمين دانيال جولمان صاحب فكرة الذكاء الوجدانى ،

فما قاله جولمان ليس إلا تفصيلاً لما قاله قاسم أمين عن أهمية الجوانب الوجدانية فى النجاح والتفوق والتميز .

ومن قبل قاسم أمين ودانيال جولمان ، نقرأ فى القرآن قوله تعالى ممتدحاً رسوله الكريم :

« فبما رحمة من الله لنت لهم ولو كنت فظاً غليظ القلب لانفضوا من حولك . فاعف عنهم وإستغفر لهم وشاورهم فى الأمر ، فإذا عزمت فتوكل على الله إن الله يحب المتوكلين » (آل عمران ١٥٩) .

فالآية الكريمة تمتدح أخلاق الرحمة واللين والعفو والشورى فى الرسول الكريم ، وتضع قاعدة تربوية هامة وهى أن الناس تلتف حول كل رحيم لين عفو يحترم آراء الآخرين ، وتنفر من كل فظ غليظ .

وهذه القاعدة التربوية توضح وتؤكد أهمية الجانب الوجدانى فى العملية التربوية، وتفسر لنا لماذا ينفض أبنائنا عنا وينفرون منا ، ولماذا يرفضون النموذج التربوى الذى نقدمه لهم (أو نفرضه عليهم) لأننا نقدمه لهم جافاً خشناً غليظاً ، ثقيل على القلب .... خال من نسمة الوجدانات والعواطف الرقيقة ، وبالتالى تقترن لديهم المبادئ التى ندعو لها بمشاعر جافة خشنة فينفرون منها إلى غيرها ، بل ربما تتراكم فى نفوسهم مشاعر العدوان نحونا بسبب إصرارنا على قبولهم لما نقدمه لهم فيخرجون عدوانهم هذا فى صورة رفض لنا وعناد ضدنا خاصة وأن لديهم رغبة داخلية فى مخالفتنا ككبار بهدف إثبات تميزهم وإستقلالهم .

فالأب الذى يأخذ دور المدرس أو الواعظ طوال الوقت فلا يرى أبنه أو أبنته إلا وينهال عليه بالإرشادات والتوجيهات ولا يرى منه أبناؤه غير الإنتقاد والتقريع ، ذلك الأب خليق بأن يخالفة أبناؤه ويتمردون على ما يدعوهم إليه ، وهذا النموذج نسميه «الأب الناقد » ، وهو مستفز لعدوان أبنائه نحوه ونحو مبادئه مهما كانت تلك المبادئ صحيحة، وهو بطريقته هذه يدفع أبناءه قسراً إلى أن يتجهوا إلى الجانب الآخر المعاكس له تماماً حتى ولو كان فيه هلاكهم .

أما « الأب الراعى » فهو الذى يقدم لأبنائه المحبة والرعاية ، ويقدم معها نموذجه التربوى تزينه المشاعر الرقيقة المحبة الحانية فيجد الأبناء أنفسهم فى حالة

إنسجام وتعاطف مع هذا النموذج التربوى ويحدث تفاعل إيجابى بين الطرفين يسمو بهما نحو آفاق أعلى ، فمثلاً الأب الذى يحرص على الخروج للمتنزهات بصحبة أسرته واللعب معهم وملاطفتهم وممازحتهم ومشاركتهم إهتماماتهم وهمومهم يكون حرياً بالقبول وجديراً بالطاعة الحقيقية . وهذا النموذج من الأبوة الراعية لا يساعد فقط على قبول الأبناء لطاعة الآباء بل يساعدهم على طاعة الله حيث ترتبط لديهم السلطة الأعلى دائماً بالرعاية والحب ، عكس الأبناء الذين يعانون من « الأبوة الناقدة » فهم يكونون فى حالة إستقبال دائمة مع أى سلطة أعلى ولذلك تكون علاقتهم بربهم أيضاً فى حالة إضطراب ، ولقد رأينا ذلك فى بعض حالات الوسواس القهرى التى تعانى من وساوس ملحة على الشخص بأن يسب الله سبحانه وتعالى ، والشخص يتألم لذلك ويقاومه بكل ما يستطيع ولكن الفكرة تعاود إلحاحها بلا توقف ، والمريض لا يجد سبباً واحداً يجعله يسب ربه بل على العكس نجده يداوم على الطاعات ويعرف فضل الله فى كل شئ . مثل هؤلاء المرضى عندما دخلوا فى العلاج النفسى العميق تبين أن نسبة كبيرة منهم لديهم مشكلات نفسية ، مع أبنائهم وأن هذا السبب وهذا العدوان كان موجهاً أساساً نحو الأب منذ الصغر ، وبما أن الأب كان يمثل فى مرحلة ما من العمر كل شئ بالنسبة للطفل ، أى السلطة العليا ، لذلك إتجه السب إلى تلك السلطة العليا التى تداخلت مع مفهوم الرب والإله فى مرحلة ما من العمر وأصبح هذا الشخص يحمل عدوانا نحو أى سلطة عليا ولا يستطيع التعبير عن هذا العدوان صراحة فيلجأ إلى إزاحته إلى رمز لتلك السلطة ، وبما أن هذا الموقف العدوانى له جذور عميقه فى النفس لذلك يظل يلح فى صورة أفكار ودفعات وسواسية .

وهذا الموقف المرضى نجده بدرجات أخرى أقل لدى الأبناء الذين يتسمون بالعناد والجدال ومخالفة كل أوامر وتوجيهات آبائهم أو مدرسيهم أو أى رمز للسلطة فى حياتهم ، وبذلك نجدهم فى حالة نزاع دائم مع من حولهم ويضطرب تكيفهم وتضطرب حياتهم ، ويظن البعض أن الأمر يحتاج إلى مزيد من التوجيهات والإرشادات فيكتشف أن ذلك يؤدى إلى مزيد من العناد والتمرد والحل فى مثل هذه الظروف هو مراعاة الجانب الوجدانى فى العملية التربوية وذلك بأن نكف عن مخاطبة العقل لبعض الوقت ونطرق باب العاطفة فنقترب من الإبن فى حنان وحب ونعطيه الرعاية المتقبلة المتسامحةأولاً فيشعر إننا نحبه ونتقبله ونواصل ذلك الطريق حتى يصل إلى الدرجة التى يستطيع فيها أن يحب المربى ، وتلك هى النقطة التى

يستطيع فيها قبول نموذجه التربوى فى سلاسه ويسر .

وقياساً على هذه العلاقة الفردية بين الأبن والأب نستطيع أن ننقل نفس المفاهيم إلى علاقات أوسع ، فمثلاً فى المدارس مطلوب أن تتم العملية التعليمية والتربوية فى إطار من المشاعر الإيجابية والجو المعطر بالوجدانات الندية ، وأن تصبح المدرسة مكاناً محبوباً يجد الطالب فيه نفسه من خلال مدرس يتقبله ويقدره ويحبه ومن خلال مسابقات رياضية وثقافية يحقق فيها ذاته ومن خلال مناهج يقدر على إستيعابها دون رهق ومشقة ، ومن خلال عدالة فى التقييم نحميه من تراكم مشاعر الظلم والحنق .

ونفس النموذج ينتقل إلى المؤسسات الإقتصادية والإجتماعية والسياسية حيث يعطى الجانب الوجدانى أهمية خاصة فى العلاقات ويتحاشى المربى (القائد أو المدير أو المسئول) أن يكون فظاً أو غليظ القلب حتي لا ينفض الناس من حوله .

أخطاء تربوية شائعة

أحـيـانا يقع الوالدان فى بعض الأخطاء بقـصـد أو بدون قـصـد ، وهذه الأخطاء يكون لها أثر بعيد المدى على حياة الأبن (أو البنت) وعلى صحته النفسية .

نذكر من هذه الأخطاء ما يلى :

١ - تربية رد الفعل :

ونضرب لذلك بعض الأمثلة :

رجل عانى من قسوة أبية وشدته فيعمد إلى إستخدام أسلوب معاكس تماماً مع أبنائه فيميل إلى اللين (المطلق) والتسامح (المطلق) ، فيترك العنان لأبنائه يفعلون ما يريدون دون محاسبة أو مراقبة من أى نوع ، فينشأ الأبناء بلا ضوابط ، وهذا يجعلهم فى حالة من الضياع والحيرة والترهل النفسى مثلهم كمن يمشى فى طريق بلا علامات ولا حواجز ترشده .

امرأة عانت من صرامة أمها وشدة مراقبتها لتصرفاتها ووضع الحواجز الكثيرة أمام كل تحركاتها ، لذلك تعتمد إلى أسلوب معاكس تماماً فى تربية أبنائها وبناتها فتميل إلى إعطاء بناتها (بصفة خاصة) الحرية المطلقة يفعلن ما يردن دون وضع أى ضوابط من أى نوع ، فتنشأ البنت وهى أشبه بسيارة بلا كابح (فرامل) .

رجل عانى من بخل أبيه وتقصيره ، فنجده يميل إلى تربية أبنائه على الإسراف الشديد فيعطيهم كل ما يطلبون ، فينشأ الأبناء فى حالة شراهة إستهلاكية ولا يحتملون تأجيل أى رغبة أو أحتياج لأنهم تعودوا على الإشباع الزائد والسريع .

والمشكلة فى تربية رد الفعل أنها تجنح إلى الغلو دائما (ناحية اليمين أو ناحية اليسار) وتنسى الوسطية والإعتدال

٢ - تربية القضبان الحديدية :

وفى هذه الحالة يرسم الأب (أو الأم) خطاً محدداً لتربية الأبن (أو البنت) يكون أشبه بقضيب السكة الحديد ، ويتصور أن الابن هو قطار سكة حديد يجب أن

يمشى على هذا القضيب وفى هذا المسار بلا إختيار أو خروج عن هذا المسار (ولو قليل) وهذه الطريقة – على الرغم من إصرار كثير من الأباء والأمهات عليها – إلا أنها تتنافى مع طبيعة الإنسان الذى أعطاه الله الإرادة وأعطاه حق الإختيار (حتى فى أن يعصاه) ، والإنسان – أى إنسان – جاء إلى هذا الكون ليحدث حركة جديدة وينشئ موقفاً مدعماً أو مغايرا لحركة الوالدين ، وبهذا تتجدد الحياة وتنمو وتتطور ، ولا يمكن أبداً أن يحدث هذا لو تصورنا أن الأبناء ما هم إلا نسخاً (أو إستنساخاً) من الوالدين . إذاً فهذه الطريقة فى التربية – حتى لو نجحت – فإنها تعطى صوراً مكررة باهتة للجيل السابق ، وهذا يوقف نمو الحياة وتطورها . وإذا أصر أحد الوالدين على هذه الطريقة فى التربية فإن النتيجة تكون أحد الإحتمالات التالية :

(أ) أن يتخلى الأبن عن إرادته وإختياره ويسلم قياده لأبيه (أو لأمه) ويصبح شديد الإعتماد عليه (أو عليها) فى كل شئ ، ويفقد القدرة على المبادرة والإبداع ، ولا يفعل إلا ما يقوله الأب (أو الأم) ويعجز عن مواجهة المواقف المتغيرة فى الحياة .

(ب) أن يتمرد الأبن على الأسرة ويأخذ الخط المعاكس تماماً لما تريده ويصبح عنيداً مشاكساً ويحاول إثبات ذاته من خلال نفى خيارات أبيه أو أمه مهما كلفه ذلك من عناء ومشكلات .

(ج) أن يضطرب الأبن فيصبح متردداً بين خيارات الأب وخياراته الشخصية ويقف حائراً بينهما فيقرر فى النهاية أن يتوقف عن الحركة تماما ولا يفعل أى شئ لأنه غير راض عن خيارات أبيه له ، وخائف فى نفس الوقت من خياراته الشخصية .

٣ - تربية التعويض :

ونعطى لذلك بعض الأمثلة :

عجز الأب عن أن يحقق حلمه فى التفوق الدراسى ويصبح طبيباً ، لذلك نجده يصر على أن يحقق ابنه هذا الحلم فيلزمه بساعات طويلة فى المذاكرة ويحضر له المدرسين ليحشرون العلوم فى مخه بكل الوسائل الممكنة ويعدونه لكى يكون « كائناً إمتحانياً » لا يفعل شيئاً إلا الحصول على الدرجات اللازمة لتحقيق الحلم (حلم أبيه

وليس حلمه هو) وعلى الرغم من كل هذه الجهود والمحاولات يفشل الابن دراسياً لأنه لايجد نفسه فى هذا الطريق ، وحتى لو حدث وإستطاع الحصول على المجموع الذى يريده الأب فإنه يكون قد فقد قدرته على التعامل مع متغيرات الحياة ، فهو غالباً يعجز عن التفكير والإبتكار وتحمل المواقف الصعبة ، ويعجز عن الإعتماد على نفسه فى أى شئ لأنه قد تحول بفعل فاعل من « كائن إنسانى » إلى « كائن إمتحانى » .

تزوجت الأم من رجل فقير فعانت مرارة الفقر والإحتياج لذلك تزرع فى أبنائها وبناتها حلم الغنى والإمتلاك ، وترفع لديهم من قيمة المال وتجعله فوق كل شئ ، وتتحدد كل خياراتها لهم على هذا الأساس ، وحتى عند زواج أحد بناتها فهى تختار لها الزوج الغنى وتنسى فى سبيل ذلك كل الإعتبارات الأخرى .

٤ - تربية الحماية الخانقة :

حين تعانى الأم (وأحياناً الأب) من الشعور بعدم الأمان فإنها تسقط ذلك على أسلوب تربيتها لأطفالها فتكون شديدة الخوف عليهم من كل شئ ، فلا تستطيع أن تترك الطفل يلعب أو يخرج من باب المنزل أو يختلط بأطفال آخرين ، وهى دائماً تجد المبررات لذلك فتدعى أن السيارات تمر بسرعة أمام المنزل ، وأن أطفال الجيران يتفوهون بألفاظ قبيحة وأن الطفل لا يستطيع حماية نفسه من أى خطر .... إلخ . وحتى حين يصبح هذا الأبن مراهقاً فإنها لا تسمح له بالخروج إلا للضرورة القصوى وإذا خرج للمدرسة تتابعة بنظراتها من الشباك حتى يغيب وإذا خرج مع أصدقائه تجلس فى إنتظاره وهى فى حالة قلق شديد . وهذه الأم لديها إحساس دائم بأن طفلها ضعيف جسدياً ونحيل الجسم (رغم أنه يكون فى حالة سمنة فى بعض الأحيان) وأن وجهه شاحباً (رغم أنه يكون متورداً فى الحقيقة) ، وهذه الصورة السلبية تنتقل من الأم إلى الأبن فيعتقد دائما أنه ضعيف البنية وأنه غير قادر على مواجهة الأخطار فيستسلم للأم ويجلس بجوارها مهزوما ضعيفاً ، أو أن يحدث الإحتمال الآخر وهو أن يتمرد على هذا الحنان الخانق ويخرج من نطاق الأم ويصبح مشاكساً عنيداً ويهرب من البيت ويفعل كل الأشياء التى تخاف منها الأم .

وهذه الحماية الخانقة تكثر فى الأم القلقة المحيطة الخائفة ، وتزداد فى حالة الابن الوحيد أو الابنة الوحيدة ، وتزداد أكثر إذا كان الأب متوفياً أو غائباً .

• نماذج مرضية في الأسرة

نورد فيما يلى بعض النماذج لتركيبات وديناميات مرضية فى الأسرة تؤدى فى أغلب الأحيان إلى إضطرابات نفسية لدى الأطفال .

١ - الأسرة المتسلطة

هذه الأسرة تلغى تماماً إرادة الطفل وإختياره بكل وسائل القهر وهى تعتقد خطأ أن هذه هى أفضل طريقة للتربية حيث تحاول تشكيل الطفل طبقاً لنموذج جاهز فى ذهنها . وهذه الأسرة لا تحتمل أى خروج ولو بسيط من جانب الطفل عن الإطار المرسوم مسبقاً . وقد تنجح هذه الأسرة – فى الأمد القصير – فى السيطرة على إرادة الطفل ، إلا أن هذا لا يستمر كثيراً حيث يأتى الوقت الذى يثور فيه الطفل أو المراهق فينقلب على هذه السيطرة وتفاجأ الأسرة بأحد الإحتمالات التالية :

(أ) ثورة عارمة من الطفل (أحياناً) أو من المراهق (غالبا) حيث يحاول أن يسترد سيطرته وإرادته ، ليس هذا فقط بل أنه يحاول أن يسيطر هو على أمه أو أبيه بكل الطرق الممكنة . وهذا الإبن يمكن أن يصبح مدمنا أو يسلك سلوكيات منحرفة أخرى لا لشئ إلا ليشعر أنه أصبح يمتلك القدرة على « تدويخ » أبيه أو أمه .

(ب) عدوان سلبى (مكايده) حيث لا تظهر الميول العدوانية بشكل واضح وإنما تظهر فى صورة موقف سلبى معاند يهدف به أن يغيظ أبويه .

(ت) إنسحاب مرضي ، حيث يقرر الطفل أو المراهق التسليم لإرادة أبيه أو أمه المسيطرة ويتخلى عن إرادته وإختياره وينسحب من الحياة وينطوى على نفسه ولا يفعل أى شئ .

٢ - الأسرة المتسيبة

يفقد الطفل فى هذه الأسرة الضوابط والحدود ، وتكون حدود المسموح والممنوع غير واضحة ، ويضعف فيها قانون الثواب والعقاب . ومن هنا تكون شخصية الطفل

منفلته وعاجزة عن الإلتزام بأى نظام قيمى أو أخلاقى أو إجتماعى ويبدو الطفل مدللا باحثا عن اللذة دون الوضع فى الإعتبار لأى ضوابط من أى نوع وعندما يكبر هذا الطفل فإنه يقع فى مشكلات كثيرة فى مجال الدراسة والعمل والعلاقات الإجتماعية بسبب عدم قدرته على الإلتزام .

٣ - الأم المستبدة القاسية والأب الضعيف المستسلم

هنا تنقلب الأدوار فتحتل الأم دور الأب ويأوى الأب إلى دور الأم ، وبذلك ينعكس نموذج الأب ونموذج الأم فى ذهن الطفل ويسبب له حيرة وإرتباك حول ما يراه فى المنزل وما يراه فى المجتمع ، ويضطر فى هذه الحالة أن يتحيز إلى أحد الطرفين تعاطفاً أو خوفا .

٤ - الأب المستبد القاسي والأم الضعيفة المنسحبة

فى هذه الحالة يسود البيت جو من الفزع فى حالة وجود الأب ويصمت الجميع بما فيهم الأم ، ولكن ما أن يغيب الأب (لعمل أو لسفر) حتى يفعل كل فرد فى الأسرة أشياء ضد رغبة الأب ، أى أن هناك دائما حركة تمرد خفية تنتظر اللحظة المواتية للإنقضاض .

٥ - أبوان مستبدان قاسيان

هذا الوضع غير شائع كثيرا ، وإذا وجد فإن الأطفال يكونون بين المطرقة والسندان فإما أن يستسلموا تماما لإرادة الأبوين ويتخلوا عن إرادتهم وعن حريتهم وعن رأيهم ، وإما أن يتوحدوا مع الأبوين القاسيين ويصبحوا أشد منهم قسوة .

٦ - أبوان ضعيفان متساهلان

هذا الوضع أيضاً غير شائع ، ولكنه لو وجد فإن النتيجة هى أطفال بلا ضوابط، وبيت متميع تضيع فيه الثوابت والحدود ، وينشأ الأطفال بإرادة ضعيفة مترهلة ويعجزوا عن التكيف مع الضوابط الإجتماعية السائدة .

٧ - غياب الأب (فعلاً أو مجازاً)

إن الأب يؤدى دور النموذج الذكرى (الرجل) فى الأسرة ، وهو رمز القيم والضوابط لبقية أفراد الأسرة . فإن غاب الأب عن المنزل بسبب السفر لفترات طويلة

أو العمل لساعات طويلة ، فإن نموذج « الرجل » « الأب » يغيب عن الأسرة فيفقد الأبناء قيمة تقليد وتقمص هذا النموذج ، ويفقدون أهم مصدر للقيم والضوابط فى البيت ، ولو لم يكن هناك من يملأ هذا الفراغ (كالأم أو المدرس أو بعض الشخصيات الأخرى) فإن الطفل ينشأ غير قادر على الإلتزام بأى ميزان قيمى أو أى قانون أسرى أو إجتماعى ، وهذا الوضع ربما يدفع بالطفل إلى مجالات الإنحراف السلوكى كالإدمان والسرقة ...... إلخ .

٨ - إختلاف وجهة نظر الأم مع الأب (أو العكس) حول طريقة التربية

وربما يقول قائل : أن إختلاف وجهات النظر يعتبر سمة من سمات البشر ، وهذا صحيح ، ولكننا نقصد بإختلاف وجهات النظر هنا أن يدوم هذا الإختلاف ولا يصل الطرفان أبدا إلى نقاط التقاء أو إتفاق ، بل يصل الأمر إلى توقف الحوار بينهما يأساً من الوصول إلى نتيجة . وفى هذه الحالة تتبنى الأم أسلوبا معينا فى التربية لا يوافق عليه الأب (أو العكس) ، ويميل كل منهما إلى إثبات أن الطرف الآخر مخطئ فى طريقته للتربية حتى ولو كان ذلك على حساب الأطفال . وأذكر هنا قصة أم كانت تسهل لإبنها الوحيد الإندفاع نحو الإدمان لكى تثبت لنفسها وللآخرين أن أبوه « العنيد» قد فشل فى تربيته .

وهذه المشكلة يمكن حلها بالحوار المستمر (دون يأس) بين الطرفين ، وأن يدخل كل منهما الحوار ولديه الإستعداد لقبول الرأى الآخر ، وأن يتخلى كل منهما عن عناده ... وغطرسته وتعاليه ، وإذا عجز الطرفان عن إقامة هذا الحوار فيمكنهما اللجوء إلى معالج نفسى يساعدهما على التدريب على وسائل صحية فى التواصل والحوار حتى لا يدفع الأبناء الثمن بسبب الفجوة بين الوالدين .

٩ - إنفصال الأب عن الأم (فعلاً أو مجازاً)

قد ينفصل الأبوين بالطلاق ويعيش كل منهما حياته بأسلوب يختلف كلية عن الآخر وهنا يجد الأطفال صعوبة فى الإنتماء إليهما معاً فيحدث إستقطاب ناحية الأب أو الأم ، بل وربما يغذى أحد الطرفين هذا الإستقطاب فتحاول الأم مثلا زرع كراهية الأب فى نفوس أبنائها حتى يظلوا فى أحضانها (أو العكس) ، وهنا يهتز نموذج أحد الأبوين ويحدث توحد مع الآخر ويصاحب ذلك إضطراب شديد للتكوين النفسى ،

وربما يؤدى ذلك إلى تراكم شحنة هائلة من الغضب نحو الأبوين اللذين وضعا الطفل فى هذا الصراع ، ويمكن أن تتسع دائرة الغضب إلى المجتمع الأوسع الذى لم يستطيع أن يحل هذا الصراع القائم بين الأبوين . وهذا الغضب ربما يتحول إلى إضطرابات سلوكية معادية للمجتمع كالعنف والسرقة والإغتصاب والقتل .... إلخ .

١٠ - إضطراب الصحة النفسية لدي أحد الوالدين أو كليهما

فى هذه الحالة يتأثر الطفل من طريقين : الطريق الأول هو الصبغيات الوراثية التى تنتقل إليه من أحد الأبوين أو كليهما فتهيئة للمرض النفسى ، والطريق الثانى هو نمط الحياة المضطرب فى المنزل نتيجة إضطراب سلوك أحد الأبوين أو كليهما مما يجعل الجو الأسرى غير آمن وغير مستقر فيبعث ذلك فى الطفل الإحساس الدائم .

بالخوف وعدم الأمان . إضافة إلى ما يتعلمه الطفل من طرق سلوكية غير صحيحة من الأب المريض أو الأم المريضة .

سيكولوجية التبني .. الكفالة .. الأسرة البديلة

فى الأحوال العادية يستقبل الطفل المولود بفرحة وتضاء له الشموع ويحاط بالرعاية فى حضن أمه وفى كنف أبيه ويكبر فى جو من الحب والقبول ويشعر بالإنتماء لأسرته وعائلته ويفخر بذلك الإنتماء وتحدد عليه هويته .

ولكن للأسف فى حالات أخرى يستقبل الطفل بالإشمئزاز والنفور ويتم التخلص منه فور ولادته بوضعه على أحد الأرصفة أو بجوار سلة مهملات أو على باب أحد دور العبادة ، ويترك لعدة ساعات أو أيام بدون غذاء أو رعاية فى ظروف جوية قاسية حتى يعثر عليه أحد فيبدأ مشوار العناء حيث تتناقله أياد كثيرة من الشخص الذى عثر عليه إلى قسم الشرطة إلى دار الرعاية إلى المرضعة ثم إلى دار الرعاية ثم إلى أحد الأسر ..... وهكذا لا يذوق هذا الطفل المسكين طعم الإستقرار أو الراحة أو الأمان ، وهو يدفع ثمن خطيئة أبوية بلا ذنب جناه .

وفى أحيان أخرى يموت الأبوين أو أحدهما فيجد الطفل الضعيف نفسه بلا رعاية ولا مأوى فيواجه نفس مصير الطفل اللقيط ، ولكن فى هذه المرة بسبب الموت أو الفقر الذى لحق بالأبوين .

ولدراسة هذا الموضوع من الجانب النفسى يحسن بنا إستعراض بعض التعريفات والأحكام الخاصة بهذا الموضوع :

* **اللقيط :** هو الطفل غير البالغ الذى يوجد فى الشارع أو ضال الطريق ولا يعرف نسبه .
* **حكم التقاطه :** والتقاطه فرض من فروض الكفاية ، كغيره من كل شئ ضائع لا كافل له ، لأن فى تركه ضياعه .
* **من الأولى باللقيط :** والذى يجده هو الأولى بحضانته إذا كان حراً عدلاً أميناً رشيداً ، وعليه أن يقوم بتربيته وتعليمه .
* **النفقة عليه :** وينفق عليه من ماله إن وجد معه مال ، فإن لم يوجد مال ، فنفقته من بيت المال ، فإن لم يتيسر فعلى من علم بحاله أن ينفق عليه .
* **ميراث اللقيط :** وإذا مات اللقيط وترك ميراثاً ولم يخلف وارثاً كان ميراثه

لبيت المال ، وكذلك ديته تكون لبيت المال إذا قتل ، وليس لملتقطه حق ميراثه .

* **إدعاء نسبه :** ومن إدعى نسبه من ذكر أو أنثى ألحق به متى كان وجوده منه ممكناً ، لما فيه من مصلحة اللقيط دون ضرر يلحق بغيره ، وحينئذ يثبت نسبه وإرثه لدعيه (سابق ١٩٨٧)
* **التبنى:** هو العملية التى توكل فيها رعاية الطفل إلى واحد أو أكثر من الراشدين كى يعيش فى أسرة بديلة ليست هى أسرته البيولوجية ولكنها أسرته بموجب القانون حيث يتم نسبه قانوناً إلى هذه الأسرة ، ولا يجوز أن ينسب الطفل لأحد إذا كان نسبه معلوماً من قبل تطبيقاً لقول الله عز وجل فى الآية الخامسة من سورة الأحزاب :

« إدعوهم لآبائهم هو أقسط عند الله . فإن لم تعلموا آباءهم فإخوانكم فى الدين ومواليكم ، وليس عليكم جناح فيما أخطأتم به ولكن ما تعمدت قلوبكم وكان الله غفوراً رحيما » .

* **الأسرة البديلة :** هى أسرة لا ينتمى إليها الطفل بيولوجياً ، ولكنه يعيش فى كنفها وربما يحمل أسمها فيكون متبنى أو لا يحمل إسمها فيكون مكفولاً .

وعمليتى التبنى والكفالة يتوقع أن تزداد بشكل مطرد فى العقود القادمة نظراً للتغيرات الإجتماعية والأخلاقية الحالية والمتوقعة والتى أدت إلى ضعف نسبى فى الروابط الأسرية وزيادة معدلات الطلاق والعلاقات غير الشرعية .

والسؤال الهام الذى يحير الناس فى هذا الموضوع هو :

متى نخبر الطفل بحقيقة نسبه ؟

والإجابة تتوقف على عوامل كثيرة ، ولكل حالة السيناريو المناسب لها ، ولكن الخبرة أثبتت أنه من الأفضل إخبار الطفل فيما بين الثانية والرابعة من عمره بشكل بسيط متدرج يستوعبه عقله الصغير ، فيقال له إن أبوه وأمه قد ذهبا بعيداً وأن من يقومان على رعايته الآن يحبانه مثل أبويه تماماً ولن يتخليا عنه أبداً ، وذلك حتى لا يعلم الطفل بحقيقة نسبه من خارج الأسرة فيشعر عندئذ أن أسرته بالتبنى قد أخفوا عنه الحقيقة وأن أسرته الأصلية قد نبذته . (Kaplan, Sadock and Grebb, 1994)

وبعض الأسر تؤجل ذلك حتى سن السابعة أو الثامنة حتى يستطيع الطفل إستيعاب الموقف بشكل أفضل ، وبعض الأسر تؤجل ذلك حتى يكبر الطفل ويصل إلى

مرحلة الشباب ويصبح قادراً على الإستقلال والإعتماد على نفسه ، وفى كل الحالات يجب مواجهة الآثار التى تترتب على معرفة الشخص بحقيقة نسبه ودعمه نفسياً حتى يتجاوز هذه المحنة .

الحالة النفسية للأطفال المتبنين (أو المكفولين)

هؤلاء الأطفال تزيد بينهم الإضطرابات الإنفعالية مقارنة بأقرانهم ، مثل السلوك العدوانى والسرقة ، وصعوبات التعلم . ووجد أنه كلما كان التبنى فى سن متأخرة كلما كانت هذه الإضطرابات أكثر إحتمالاً وأكثر شدة . وهذه الإضطرابات لها جانب وراثى وجانب مكتسب .

أما الجانب الوراثى فيعود إلى النشأة البيولوجية لهذا الطفل ، فقد وجد أن النساء اللاتى يحملن سفاحاً يكن أقل ذكاءاً على وجه العموم حيث يتراوح ذكاءهن من ٨٣ إلى ٩٦ ، وهن طبقات دنيا فى الأغلب ،ويرتبط الحمل سفاحاً بسمات مرضية فى شخصية المرأة يمكن أن يرثها الابن أو البنت (الحنفى ، ١٩٩٢) .

أما الجانب المكتسب فيتمثل فى حالة القلق والإكتئاب التى تعترى الأم منذ بداية حملها بهذا الجنين غير الشرعى ، وتترجم هذه الإضطرابات النفسية فى صورة تغيرات كيميائية تؤثر فى نمو الطفل وحالته الوجدانية . وربما تكون هناك محاولات إجهاض متكررة ، وإذا لم تنجح هذه المحاولات ووصل الجنين إلى مرحلة الولادة فإنه لا يستقبل بالفرحة ولا تضاء له الشموع وينعم بالدفء ، بل يتم التخلص منه بإلقائه فى الشارع ، كل هذا لابد وأن يترك بصماته فى شخصية هذا الطفل فيما بعد . يضاف إلى ذلك عدم وجود رعاية عاطفية تلبى إحتياجات هذا الطفل ، وتعرضه للإهمال والنبذ فى بقية مراحل طفولته .

وإذا تربى فى دار الرعاية فإنه يفتقد جو الأسرة الحانى ويفتقد الهوية الأسرية والإنتماء لأب وأم وعائلة ويعانى من الوصمة الإجتماعية بوصفه لقيطاً أو منبوذاً من أسرته الأصلية لأسباب أخلاقية أو مادية .

مزايا وعيوب الأسرة البديلة :

وإذا حدث وتم إلحاق هذا الطفل بأسرة سواء كان ذلك بالتبنى أو الكفالة فإنه يحصل على ميزة تربيته فى جو أسرى يشعر فيه بالحب والإنتماء .

والإتجاه الحديث الآن هو إلحاق **هؤلاء الأطفال** بأسر بديلة على أن تتكفل

المؤسسات الإجتماعية بالإنفاق عليهم ، وهذا يشجع الأسرة على تقبلهم . ويتم ذلك بناءاً على عقد بين دار الرعاية والأسرة ، وذلك بعد دراسة أحوال الأسرة والإطمئنان على سلامتها من الناحية الإجتماعية والأخلاقية وذلك بواسطة الأخصائيين الإجتماعيين والنفسيين . وقد نجحت هذه التجربة فى بعض الدول المتقدمة حتى وصلت إلى توفير أسر بديلة لـ ٩٠ ٪ من الأطفال المقيمين فى دور الرعاية ، وقد حول جزء كبير من ميزانيات دور الرعاية إلى الإنفاق على هذه الأسر البديلة .
(Carson, Butcher & Coleman, 1988)

وهناك عدة إحتمالات وراء قبول الأسرة لتبنى أو كفالة هؤلاء الأطفال نذكر منها :

١ – الإستفادة المادية من العون الذى تقدمه المؤسسات الإجتماعية لهم مقابل كفالتهم للطفل .

٢ – حل مشكلة العقم فى الأسرة بإستحضار طفل يرضى دوافع الأمومة والأبوه داخل الأسرة . وفى هذه الحالة يستخدم الطفل لحل مشكلة الأسرة وليس العكس .

٣ – الشفقة والرحمة تجاه هذا الطفل وعدم إنتظار أى مكافأة دنيوية .

وفى كل الحالات ربما يعانى الطفل مشكلات تربوية فى أسرته البديلة يمكن إجمالها كالتالى :

١ – **التدليل :** وخاصة إذا كانت الأسرة قد عانت لفترة طويلة الحرمان من طفل بسبب العقم ، فيحتمل أن يحوطوا هذا الطفل القادم بالتدليل وتحقيق كل رغباته فينشأ أنانياً كثير المطالب ، غير قادر على تحمل المسئولية .

٢ – **الحماية الزائدة :** وخاصة إذا كانت الأم البديلة لديها سمات عصابية تجعلها شديدة الحرص وشديدة الخوف عليه . فتحوطه فى كل حركاته وسكناته فينشأ إعتماديا خائفاً ، أو يتمرد بعد ذلك على تلك الحماية وخاصة فى فترة المراهقة ، فيصبح عدوانيا ثائراً .

٣ – **الإهمال :** وهذا يحدث فى حالة الأسرة التى تكفل الطفل مقابل مكافأة مادية ، فغالباً لا يكون لديهم عطاء عاطفى لهذا الطفل ، وهذا الإهمال يجعله ينشأ منطوياً حزيناً فاقد للثقة بنفسه وبالناس .

٤ – **النبــذ :** وهو يحدث شعورياً أو لا شعورياً نتيجة الوصمة الإجتماعية التى

يحملها هذا الطفل لكونه لقيطاً أومنبوذاً من أسرته الأصلية . وهذا النبذ يجعله مليئا بالغضب والميول العدوانية نحو الآخرين .

٥ – **الغـــيرة :** وتحدث غالباً فى فترة المراهقة ، فإذا كانت المتبناه بنتاً فربما حدثت غيرة من الأم البديلة تجاهها حيث تخشى حدوث ميل عاطفى أو غيرة بين البنت وبين أبوها بالتبنى (فيلم العذراء والشعر الأبيض) ، وإذا كان المتبنى ولداً حدث العكس . وهذه الغيرة ربما لا تظهر بشكل مباشر وإنما تظهر فى صورة إضطراب فى العلاقات ربما تصل إلى محاولة التخلص من هذه البنت المراهقة (المشكلة) وأحيانا يتم التخلص منها (أو منه) بشكل عدوانى كما حدث فى حالة عرضت على حيث قررت الأم إخبار إبنتها بالكفالة بشكل مفاجئ بأنها لقيطة وأنها يجب أن تعود إلى دار الرعاية فى هذه المرحلة ، وأصرت على ذلك ، وقد ألحق ذلك إيذاءاً نفسياً شديداً للبنت حيث فقدت إنتماءها الإجتماعى فى لحظة وغارت الأرض من تحت قدميها وفقدت هويتها وإضطربت كل حساباتها وتوقعاتها من الحياة وبين يوم وليلة إنتقلت من منزل دافئ وأسرة محترمة إلى دار رعاية باردة الأركان وباهتة الملامح وتحمل معها وصمة إجتماعية وأخلاقية تمنعها من القدرة على الذهاب للجامعة ولقاء صديقاتها ومعارفها . وهذا نوع من العدوان وحكم الإعدام مارسته الأم بالتبنى بدافع الغيرة .

٦ – التفرقة فى التعامل : وإذا كان المتبنى (أو المكفول) يعيش فى أسرة بها أطفال آخرون من صلب الأب والأم فغالبا ما تحدث تفرقة فى المعاملة تؤدى إلى شعوره بالإختلاف والنبذ والظلم وعدم الأمان (فيلم الخطايا) .

سيكولوجية التعلق :

وهناك نقطة هامة لابد من مراعاتها فى التعامل مع الطفل ، وهى ما يعرف بـ « سيكولوجية التعلق » حيث يميل الإنسان إلى التعلق الوجدانى بأشخاص معينين يقومون على رعايته ويميل إلى إستمرارية هذا التعلق حتى يستشعر الطمأنينة والأمان، لذلك لا يجب قطع تعلقاته من وقت لآخر وبشكل مفاجئ ، وهذا يحدث كثيرا – للأسف – لهؤلاء الأطفال ، حيث تنتقل كفالتهم عدة مرات من الأم الأصلية إلى

الشارع ثم إلى قسم الشرطة ، ثم إلى دار الرعاية ، ثم إلى مرضعة تكفله حتى سن سنتين حتى يتعلق بها كأم فينتزع من حضانتها ويلقى به مرة أخرى فى دار الرعاية ، ثم تأتى أسرة بديلة تأخذه لعدة سنوات فيتعلق بها ثم يفاجأ بعودته قسراً مرة أخرى إلى دار الرعاية .... وهكذا . وهذا التقلب يحرم الطفل من التعلق الدائم الذى يمنحه الشعور بالإنتماء والأمان .

والطفل المتبنى (أو المكفول) بعد أن يعرف حقيقة تبنيه (أو كفالته) تحدث لديه إزدواجية فى الإنتماء يجسدها فى خياله بين الأبوين الحقيقيين والأبوين المتبنيين، وأحياناً يحدث صراع بين هذين الإنتماءين وربما يحل هذا الصراع بتوجيه عدوانه إلى أحد طرفي الصراع ، وبما أن الأبوين الأصليين غير متاحين فهو غالباً يخرج عدوانه نحو الأبوين المتبنيين ، وقد رأيت شاباً رباه شخص غير أبوه وأحسن معاملته حتى أصبح طبيباً ولكنه كان يشعر ناحيته بمشاعر عدائية لا يعرف لها سبباً .

ويظل الطفل المتبنى يحلم برؤية أبويه الأصليين ويسعى لذلك كثيراً وحين يقابلهم أو يقابل أحدهم لا يشعر ناحيتهم بمشاعر قوية ولكنه يطمئن إلى هويته وأصله ويجب أن يحتفظ بعلاقة ما تضمن له إستمرار ذلك على الرغم من عدم شعوره بالحب لهم .

وهنا يتساءل البعض هل من الأفضل رعاية الطفل في دار رعاية أم في أسرة بديلة ؟

والإجابة على هذا السؤال تضع فى الإعتبار الأول مصلحة الطفل وظروفة ، فدار الرعاية لا تعطى للطفل الجو الأسرى الطبيعى حيث يتجمع عدد كبير (غالبا) من الأطفال يقوم على رعايتهم عدد من الموظفين يقومون بأدوارهم غالباً بشكل مهنى ربما يخلو من الجانب العاطفى .

ومن يزور هذه الدور فسوف يجد أطفالاً خلت عيونهم من بريق الحب والحنان الذى حرموا منه وهم معزولون عن المجتمع طول الوقت ، وأذكر فى أحد الزيارات وجدت أن أقصى ما يتمناه هؤلاء الأطفال هو أن يحملهم الزائرين لكى ينظروا من الشباك ويشاهدوا الناس والسيارات والشوارع ، فإلى هذا الحد يعانون من الحرمان الحسى والعاطفى ، ولا يعوض هذا الحرمان زيارة بعض أصحاب القلوب الرحيمة لهم، فهم يعيشون فى دار الرعاية بلا روح وحين يزورهم أحد يندفعون نحوه وينادون «بابا» لأى رجل و « ماما » لأى إمرأة دون أن تحمل هذه الكلمات المعنى العميق لها فى

نفوسهم كما هو الحال فى الأطفال الذين يعيشون فى كنف أسرهم يتمتعون بالحب والتدليل والرعاية من أبويهم ، وعزلة هؤلاء الأطفال عن المجتمع تجعل لديهم صعوبات فى التكيف حين يكبرون .

لذلك تزايدت المطالبة فى كل دول العالم بتهيئة رعاية مناسبة من خلال الأسرة البديلة على أن يتم ذلك بعناية شديدة وبعد دراسة أحوال وظروف هذه الأسرة البديلة وإستمرار متابعة أحوال الطفل داخل هذه الأسر بواسطة المؤسسات الإجتماعية المختصة حتى لا يتعرض الطفل لظروف غير مواتية .

ونحن فى المجتمعات العربية الإسلامية لدينا تراث أخلاقى ودينى يجعل لدينا ميل لإحتواء هؤلاء الأطفال وحسن رعايتهم حيث يقول رسولنا الكريم « خير بيوت المسلمين بيت فيه يتيم يكرم » ، ويقول أيضاً « أنا وكافل اليتيم فى الجنة كهاتين » وأشار بالسبابة والوسطى .

الباب الثاني

الإضطرابات النفسية في الأطفال

القلق

إن القلق يصاحب الإنسان منذ مولده ويلازمه حتى وفاته . وربما يكون هذا مصداقاً للآية الكريمة « وخلقنا الإنسان فى كبد » ، فهو يكابد الأم الولادة ويكابد مشكلات الرضاعة والتبرز والإتصال والإنفصال والخوف من فقد الأم (مصدر الحب والحنان والرعاية) أو فقد الأب (مصدر الإنفاق والحماية) ، وفى كل مرحلة توجد مصادر عديدة للقلق . ومع هذا فإن القلق ليس مرضا فى كل الحالات ، بل هو يؤدى وظيفة هامة لبقاء الإنسان إذا ظل فى الحدود المقبولة ، لأنه يدفع الإنسان للإبتعاد عن الأشياء التى تهدد وجوده أو سلامته ولكن إذا زاد القلق عن هذه الحدود فهو يؤثر تأثيراً سلبياً على الطفل كما سنرى .

والقلق عند الطفل يمكن أن يعبر عن نفسه فى صورة أعراض نفسية كالخوف المفرط من أشياء لا تستحق الخوف أو العصبية الزائدة والصراخ أو البكاء المستمر والتعلق بالأم طول الوقت والخوف من الأشخاص الغرباء والخوف من الظلام والخوف من الحيوانات ..... إلخ .

وأحيانا يظهر فى صورة أعراض جسمانية كفقد الشهية للطعام وفقد الوزن وإضطرابات البطن وكثرة التعرض للإلتهابات ، والقىء المتكرر ، وعدم الإستقرار الحركى ..... إلخ .

ويمكن إستعراض أنواع القلق فى فترة الطفولة كالآتى :

١ - قلق الإنفصال :

حيث يصاب الطفل بخوف شديد عند أى محاولة لإبعاده عن أمه ويظل ملتصقا بها طول الوقت أينما ذهبت . وتظهر المشكلة أكثر عندما تحاول الأسرة إلحاق الطفل بالحضانة أو المدرسة حيث يرفض الطفل رفضاً تاماً الذهاب إلى أى مكان يبتعد فيه عن أمه ، ويصاب بحالة من الهلع إذا تركته الأم فى أى مكان وذهبت بعيداً .

وهذه الحالة تعالج بإستخدام مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (مثل الإميبرامين) مع بعض مضادات القلق بالإضافة إلى العلاج النفسى وذلك بأن تذهب

الأم مع الطفل فى اليوم الأول إلى المدرسة وتجلس معه نصف ساعة ثم تعود به ، وفى اليوم التالى تجلس فترة أطول ثم تعود به ، وهكذا لمدة أسبوع .

وفى الأسبوع الثانى يذهب الأب مع الطفل ويكرر ما فعلته الأم ، ثم يبدأ الأب بالإنسحاب التدريجى فى الوقت الذى يكون الطفل فيه قد أرتبط بالمكان والأطفال .

٢ - التجنب :

فى هذه الحالة نجد الطفل خائفاً من كل شئ ومتجنبا كل شئ ، فهو متجنب أى موقف جديد أو علاقة جديدة مع أحد ويتجنب أى محاولة جديدة للتعرف على الأشياء من حوله ويظل يدور فى محيطه المألوف الضيق .

٣ - القلق المفرط :

مثال لذلك الطفل الذى يتوتر ويضطرب لأى تغيير فى حياته ، فهو يقلق مع دخول المدارس قلقاً شديداً ويقلق إذا حضر ضيوف غرباء إلى البيت ، ويقلق إذا إنتقلت الأسرة لمنزل جديد ، ويقلق بشدة إذا ولد للأسرة طفل جديد ... وهكذا نجده يقلق لأى حدث عادى فى الحياة بشكل يتجاوز حدود القلق الطبيعى . فهو بإختصار يحمل هم كل شئ ويجده صعباً مخيفاً .

٤ - الرهــاب :

وهو حالة من الهلع تنتاب الطفل عند رؤية شئ معين أو المرور بموقف معين فمثلاً تحدث هذه الحالة عندما يرى الطفل قطة أو فأر أو ثعباناً أو كلباً أو أحد الأشخاص أو أن يكون فى مكان مرتفع أو مكان واسع مفتوح أو مكان مغلق أو مزدحم . وفى هذه الحالات يكون الطفل فى حالة فزع شديد ووجهه مصفر وعرقه غزير ونبضه سريع ويداه باردتان مرتعشتان، ويحاول الإحتماء بأقرب شخص إليه .

٥ - الوساوس :

ويأخذ شكل أفكار معينة تتسلط على الطفل ويظل مشغولاً بها طول الوقت ولا يستطيع التخلص منها ، أو يكون فى صورة فعل قهرى كأن يكرر غسل يديه مرات عديدة ويقضى فى دورة المياه أوقاتاً طويلة ليتأكد أنه تطهر من نجاسته ، أو يعيد الوضوء مرات عديدة أو يعيد الصلاة أو يصر على غسل ملابسه إذا مرت بجواره قطه .... إلخ .

وهذه الأنواع المختلفة من القلق يمكن علاجها بمضادات القلق ومضادات الإكتئاب والعلاج النفسي الفردى أو السلوكى أو العائلى أو كلاهما معاً وعلى الأسرة أن تراجع طريقة ترتيبها لأطفالها فتجعل جو البيت آمناً هادئاً ولا تبالغ فى الخوف من الأحداث أو الأشياء وتعود الطفل على الإستقلال والمغامرة لإكتشاف البيئة من حوله .
وعلى الأم أن لا تبالغ فى الخوف من النجاسة أو القذارة لأن الأصل فى الأشياء الطهارة ، فقد وجد أن نسبة كبيرة من حالات الوسواس القهرى لدى الأبناء يكون سببها النظام الصارم للأم (أو الأب) الذى يتشكك فى النظافة والطهارة والنظام ويبالغ فى التدقيق فى كل شئ .

إضطرابات النوم

يعتبر النوم من الأشياء التى تعكس الحالة النفسية للطفل خاصة أن الطفل ربما لا يستطيع أن يتحدث صراحة عن مشاكله النفسية فيكون إضطراب النوم دليلاً على إضطراب حالته النفسية ولاضطراب النوم حالات كثيرة نذكر منها :

١ - الأرق :

بأن يجد الطفل صعوبة فى أن ينام فى أول الليل ، أو أنه ينام ولكن نومه يكون متقطعاً فيستيقظ عدة مرات أثناء الليل ، أو أنه يستيقظ مبكراً ولا يستطيع العودة إلى النوم مرة أخرى . وعندما لا يأخذ الطفل كفايته من النوم نجده شاحباً وعصبياً وقلقاً وغير قادر على التركيز فى اللعب أو المدرسة ويكون مزاجه معتلاً والأرق فى النوم يمكن أن يكون علامة للقلق أو للإكتئاب ويعالج بعلاج السبب وبتهيئة جو هادئ ومريح للنوم ، وفى قليل من الأحيان نحتاج لبعض العقاقير لفترة قصيرة .

٢ - زيادة النوم :

وهذا العرض يكون بنسبة أقل من العرض السابق فنجد الطفل ينام كثيراً سواء ليلاً أو نهاراً ويستيقظ للمدرسة بصعوبة فى الصباح ، ويفضل النوم على أى شئ آخر ، ويبدو فى حالة كسل وتثاؤب معظم الوقت .
وفى هذه الحالة يمكن أن تكون تعبيراً عن التعاسة والحزن فالطفل لا يجد شيئاً

يثـيـره أو يريد أن يهـرب من واقع لا يرضى عنه . ويمكن أن يكون ذلك من تـأثيـر إضطراب عضوى كنقص إفراز الغدة الدرقية .

٣ - الكوابيس الليليــة :

يستيقظ الطفل ليلا على أثر حلم مخيف وربما يصرخ فزعاً ويحاول الإحتماء بمن حوله ، وهو يتذكر تفاصيل الحلم المخيف ، ثم بعد فترة يهدأ وينام وربما يتكرر الكابوس عدة مرات أثناء الليل ، والكوابيس الليلية تحدث لكل الأطفال على فترات ، ولكننا لا نعتبرها إضطراباً إلا إذا كانت تتكرر بشكل واضح ومؤثر على نوم الطفل وهنا نبدأ فى البحث عن الأسباب ، فربما كان مكان النوم غير مريح للطفل ، أو أن الطفل يشاهد بعض الأشياء المخيفة فى التليفزيون قبل نومه أو أن أحداً يحكى له حكايات مخيفة ، أو أنه لا يشعر بأمان فى حياته نتيجة إضطراب الجو الأسرى وإحساسه بقرب انهيار الأسرة فى أى وقت ، أو تعرضه للعقاب الشديد من الأب أو الأم أو المدرس ، أو أنه يعانى من إضطراب القلق النفسى ..... إلخ . ويكون العلاج بتلافى الأسباب السابقة وتوفير جو آمن للطفل فى حياته عموماً وأثناء نومه بشكل خاص . وهناك حالات قليلة تحتاج للعلاج النفسى أو الدوائى .

٤ - الفزع الليــلي :

فى هذه الحالة يستيقظ الطفل من نومه فى حالة فزع شديد ، ويكون وجهه مصفراً وأطرافه باردة وأحيانا يتصبب عرقاً ، وإذا حاول أحد تهدئته فإنه لا يستجيب بسهولة ولا يحس بمن حوله ، وبعد فترة يعود إلى النوم ولا يتذكر أى شئ عن هذه الحالة عندما يستيقظ وهذه الحالة تعكس قدراً من القلق أعمق مما رأيناه فى حالات الكوابيس الليليـة . وهناك بعض الأبحـاث تعـزو هذه الحـالة إلى إضطراب النشـاط الكهربى فى المخ وتوصي بإستخدام بعض مضادات الصراع بجرعات قليلة .

٥ - المشي أثناء النوم :

يقوم الطفل من سريره ويتحرك فى الغرفة أو المنزل وربما يقوم ببعض الأفعال المركبة كأن يفتح الثلاجة ويتناول كوباً من الماء ثم يعود إلى سريره ، وإذا قابله أحد أثناء مشيه فإنه لا يشعر به ولا يستيقظ بسهولة أثناء هذه الحالة .

وهذا الإضطراب يحدث نتيجة لخلل فى مرحلة النوم الحالم ، وهو يستجيب للعلاج ببعض مضادات الإكتئاب .

إضطرابات النمو الشاملة
Pervasive Developmental Disorders

هذه الإضطرابات تشمل مجموعة من الحالات تتسم بالإضطراب الشامل لعدة وظائف نفسية مثل تأخر أو إنحراف المهارات الإجتماعية واللغة والتواصل والسلوك .

وهذه المجموعة من الإضطرابات تشمل :

* إضطراب الذاتوية (التوحد) Autistic Disorder
* إضطراب رت Rett's Disorder
* الإضطراب المفكك للقدرات العقلية فى الطفولة Childhood Disintegrative Disorder
* إضطراب أسبرجر Asperger's Disorder

ولنأخذها بشئ من التفصيل حسب أهمية كل إضطراب وإنتشاره .

١ - إضطراب الذاتوية (التوحد)
Autistic Disorder

لقد لاحظ مودسلى عام ١٨٦٧ (Maudsley 1867) أن هناك مجموعة من الأطفال لديهم تأخر وتشوه فى النمو ، وكان يضع هؤلاء الأطفال ضمن تقسيمات ذهان الطفولة . ثم جاء كانر عام ١٩٤٣ (Kanner, 1943) فأعطى إسم « ذاتوية الأطفال الرضع » (Infantil Autism) لهذا الإضطراب تفصيلاً .

معدل الإنتشار :

يصيب هذا الإضطراب حوالى ٥ من كل ١٠٠ر٠٠٠ من الأطفال (أى ٠٥ر٠٪) .

ويبدأ هذا الإضطراب قبل سن ٣ سنوات ، ومع هذا يتأخر إكتشافه فى بعض الحالات إلى سن متأخرة فى الطفولة . وفى بعض الدراسات الحديثة وصل المعدل إلى ١ من كل ١٠٠٠ ، ويبدو أن هذه الزيادة مرتبطة بإرتفاع نسبة الملوثات وتأثيرها على

النساء الحوامل وعلى التركيبات الجينية .

وهو أكثر شيوعاً فى الذكور مقارنة بالإناث بنسبة ٥ : ١ ، ولكن الفتيات المصابات تكون حالاتهن أكثر تدهوراً ويصاحبها تخلف عقلى بدرجات شديدة .

وكان يعتقد فى الماضى أن هذا المرض يصيب أبناء وبنات الطبقات الإجتماعية الأعلى ، ولكن الأبحاث لم تثبت هذا ويبدو أن إكتشاف المرض فى هذه الطبقات كان أكثر نتيجة للعناية الطبية التى يلقونها . وإلى وقت قريب كان يعتقد أن هذا الإضطراب نادر فى المجتمعات الشرقية مقارنة بالغرب ، ولكن فى السنوات العشر الأخيرة أصبحنا نرى عدداً غير قليل من الحالات ، ونتمنى أن تجرى دراسات إحصائية دقيقة لمعرفة مدى إنتشارية هذا الإضطراب فى مصر والعالم العربى .

أسباب المرض وآلية حدوثه :

- **العوامل النفسية والإجتماعية والأسرية :**

لقد إفترض كانر في البداية أن هذا الإضطراب يرجع إلى ضعف الإستجابة العاطفية لدى الأم بمعنى أن الأم تتسم بالبرود العاطفى ولا تحوط طفلها بالعناية اللازمة ، ولكن الأبحاث والدراسات المنضبطة قارنت بين آباء وأمهات المرضى وغير المرضى فلم تجد فروقاً ذات دلالة وعلى الجانب الآخر تواترت الكثير من الأدلة التى تشير إلى إضطرابات بيولوجية فى المخ لدى الأطفال الذاتويين .

ولكن الملاحظ أن الأطفال الذاتويين يستجيبون بشكل مبالغ لأى ضغوط عائلية أو تغيرات فى البيئة ويقاومون هذه التغيرات بشدة .

- **العوامل البيولوجية :**

لقد لوحظ إرتفاع معدل التخلف العقلى وحدوث نوبات الصرع لدى الذاتويين ، وهذا ربما يشير إلى إحتمالات إصابة المخ بخلل عضوى . ووجد أن ٧٥٪ من الذاتويين يعانون من تخلف عقلى كإضطراب مصاحب ، وحوالى ٣٢٪ من الذاتويين قد عانوا من نوبات صرعية كبرى فى فترة من حياتهم . وأثبتت الأشعة المقطعية إتساع البطينات الدماغية فى ٢٥٪ من الحالات . ويعمل رسم مخ كهربائى تبين أن ١٠ – ٨٣٪ من الحالات لديهم إضطرابات غير نوعية فى رسم المخ ، وهناك أدلة على فشل سيطرة أحد نصفى المخ على الآخر . أما فحوصات الرنين المغناطيسى على المخ فقد أثبتت وجود شذوذات فى بعض مناطق المخيخ وشذوذات فى القشرة المخية .

والأطفال الذاتويين لديهم مشكلات مصاحبة فى الجهاز العصبى مثل

الحميراء أو الحصبة الألمانى (Rubella) والفينيل كيتونيوريا والتصلب الحدبى Tuberous sclerosis وإضطرابات رت (Rett's Disorder) .

ويشير وجود شذوذات خلقية طفيفة لدى الأطفال الذاتويين أكثر من غيرهم إلى إضطرابات محتملة فى النمو حدثت فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل .

- **العوامل الجينية :**

لقد ثبت من العديد من الأبحاث أن نسبة الإصابة بالمرض فى أشقاء الذاتويين تتراوح بين ٢ ٪ إلى ٤ ٪ وهى نسبة عالية تفوق ٥٠ مرة نسبة الإصابة فى عموم الناس أما نسبة الإصابة المتواترة فى التوائم المتماثلة فتصل إلى ٣٦ ٪ .

ويبدو أن هناك إرتباط ما بين إضطراب الذاتوية ولزمه س الهشة (Frgil-x Syndrome) حيث أن ١ ٪ من الذاتويين لديهم هذه اللزمة .

وحوالى ٢ ٪ من الذاتويين لديهم إضطراب التصلب الحدبى (Tuberous sclerois) وهذا إضطراب جينى آخر يتميز بأورام حميدة متعددة فى المخ (درنات) وقد وجدت الأبحاث الأحدث على ال «دناء (DNA) دليلاً قوياً جداً على إصابة منطقتين على الكروموسومين رقم ٢ ورقم ٧ فى حالات الذاتويين كما وجدت أدلة إرتباطات على أضعف على الكرموسومين رقم ١٦ ورقم ١٧ .

- **العوامل المناعية :**

تشير أبحاث عديدة إلى عدم التوافق المناعى بين الأم والطفل حيث يوجد فى دم الأم أجسام مضادة موجهة نحو الجنين ، والجنين بدوره يفرز خلايا ليمفاوية لمواجهة تلك الأجسام المضادة . وهذه المعركة تحدث تلفاً فى الجهاز العصبى للجنين فى مراحله الأولى .

- **عوامل قبل وأثناء الولادة :**

لوحظ أن الأطفال الذاتويين قد تعرضوا أكثر من غيرهم لأحداث قبل وأثناء الولادة مثل النزيف أثناء الفترة الأولى من الحمل أو كرب التنفس والأنيميا (فقر الدم) بعد الولادة .

- **عوامل تشريحية عصبية :**

أوضحت دراسات وفحوصات الرنين المغناطيسى أن حجم المخ فى الأطفال الذاتويين كان أكبر من الأطفال العاديين على الرغم من أن الذاتويين المصابين بتخلف عقلى شديد تكون رؤوسهم أصغر حجماً .

والزيادة فى حجم المخ تبدو أكثر وضوحاً فى الفص القفوى والجدارى والصدغى ولا توجد فروق فى الفص الأمامى . والزيادة فى الحجم هنا يبدو أنها مرتبطة بزيادة فى نمو الخلايا العصبية أو نقص معدل موتها أو تكون زيادة فى الخلايا غير العصبية (Glial cells or blood vescls) .

ويعتبر كبر حجم المخ علامة بيولوجية لحالات الذاتوية ويبدو أن الفص الصدغى بالمخ له علاقة وثيقة بأعراض الذاتوية حيث أن المصابين بتلف فى هذا الفص لديهم بعض الأعراض المشابهة لهذا الإضطراب .

- **عوامل كيميائية حيوية :**

العديد من الدراسات بينت أن هناك إرتفاعاً لمستوى السيروتونين فى دم ثلث الأطفال الذاتويين ولكن هذا الإرتفاع ليس مقصوراً عليهم إذ أنه يوجد أيضاً فى الأطفال المتخلفين عقلياً بدون إضطراب ذاتوية وعلى العكس من إرتفاع السيروتويين فى الدم نجد إنخفاضاً فى مستوى السيروتونين فى السائل النخاعى بالمخ فى ثلث الأطفال الذاتويين .

وقد وجد أيضاً إرتفاع فى مادة حمض الهوموفانيليك (Homovanilicacid) فى السائل النخاعى وهذه المادة هى الناتج الرئيسى لأيض الدوبامين مما يشير إلى إحتمالات إرتفاع مستوى أدوبامين فى مخ الأطفال المصابين .

العلامات الإكلينيكية والتشخيص : طبقاً لدليل التشخيص والإحصاء الرابع المعدل DSM-IV-TR :

أ) يلزم وجود ستة أعراض أو أكثر من البنود ٣ ، ٢ ، ١ (على الأقل عرضين من ١ وعرض من كل من ٣ ، ٢) .

١ – خلل نوعى فى التفاعل الإجتماعى فى إثنين على الأقل من الأعراض التالية :

* خلل واضح فى العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبيرات الوجه وأوضاع الجسم والإيماءات المستخدمة فى تنظيم التفاعل الإجتماعى .

* العجز عن البحث التلقائى عن الرفاق لمشاركتهم الإستمتاع والإهتمامات والإنجازات .

* نقص التبادل العاطفى والإجتماعى .

٢ - خلل نوعى فى التواصل كما يتضح من وجود عرض على الأقل من الأعراض التالية :

* تأخر أو نقص كامل فى نمو اللغة المنطوقة .

* وفى حالة القدرة على الكلام ، يوجد خلل فى القدرة على المبادرة أو الإستمرار فى المحادثة مع الآخرين .

* الأسلوبية والإستخدام المتكرر للغة أو إستخدام لغة غير متوافقة .

* نقص اللعب التلقائى المتنوع من تمثيل أو تقليد أدوار إجتماعية مناسبة لمستوى نمو الطفل .

٣ - أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة مع قلة الإهتمامات والأنشطة كما يتضح فى وجود عرض على الأقل من الأعراض التالية :

* الإنشغال المستمر بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية لإهتمامات غير طبيعية من ناحية شدتها أو توجهها .

* التمسك الظاهر وغير المرن بطقوس غير وظيفية .

* سلوك حركى أسلوبى متكرر (مثل رفرفة اليد أو الأصابع ، الإلتواء أو حركة مركبة للجسم) .

* الإنشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ب) التأخر أو الشذوذ الوظيفى فى واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل سن ٣ سنوات :

* التفاعل الإجتماعى .

* اللغة كما تستخدم فى التواصل الإجتماعى .

* اللعب الرمزى أو التخيلى .

ج) الإضطراب لا يتفق مع مواصفات إضطراب رت أو الإضطراب المفكك للقدرات العقلية فى الطفولة :

التشخيص الفــارق :

نظراً لتشابه هذا الإضطراب مع إضطرابات أخرى فى مرحلة الطفولة لذلك يجب مراعاة العلامات الفارقة بين إضطراب الذاتوية والإضطرابات الأخرى كما يلى :

١ - الفصام لدي الأطفال :

وهو نادر فى الأطفال تحت سن ١٢ سنة وأكثر ندرة تحت سن ٥ سنوات . والطفل الفصامى تكون لديه هلاوس وضلالات ، ولا توجد لديه علامات للتخلف العقلى .

٢ - التخلف العقلي مع إضطراب السلوك :

ربما يظهر المتخلفين عقلياً بعض أعراض إضطراب السلوك الموجودة لدى الأطفال الذاتويين وأحياناً نجد الإضطرابين موجودين معاً حيث أن ٧٥ ٪ من الذاتويين لديهم درجات مختلفة من التخلف العقلى .

والعلامة الفارقة بين التخلف العقلى والذاتوية هو أن الأطفال المتخلفين يتفاعلون إجتماعياً ولغوياً قدر إستطاعتهم مع الآخرين ولديهم ميل قوى لذلك على الرغم من الإعاقة الذهنية .

٣ - إضطراب خليط من الإستقبال والإرسال اللغوي :

وهؤلاء الأطفال لديهم قدرة على التواصل غير اللفظى وعلى اللعب التخيلى ومستوى ذكائهم أفضل من الذاتويين ، وليس لديهم الأسلوبية والترديد الموجودين لدى الأطفال الذاتويين .

٤ - الصمم :

الأطفال المصابين بالصمم يستجيبون للأصوات المرتفعة فى حين أن الذاتويين لا يستجيبون لتلك الأصوات العالية بل يستجيبون أفضل للأصوات المنخفضة والأهم من ذلك أن الأطفال المصابين بالصمم لديهم رغبة للإقتراب العاطفى من الآخرين .

٥ - الحرمان النفسي الإجتماعي :

قد يتعرض الطفل لحرمان نفسى أو إجتماعى من خلال إهمال الأم له أو عزله

فى مستشفى لفترة طويلة أو فقر البيئة التى يعيش فيها ، وفى هذه الحالة نراه منطوياً قليل الكلام قليل التفاعل الإجتماعى ، ولكن هذا الطفل يتحسن سريعاً بمجرد وضعه فى بيئة مناسبة .

المسار والمآل :

يعتبر إضطراب الذاتوية (التوحد) إضطراباً ممتداً حيث يستمر لفترة طويلة ويتوقف مستوى التحسن على عدة عوامل أهمها الذكاء فقد وجد أن الذاتويين الذين يرتفع مستوى ذكائهم فوق ٧٠ أو يكتسبون لغة التواصل فى سن ٥ – ٧ سنوات يكون مآلهم أفضل فهؤلاء الأطفال بمتابعتهم تبين أنهم فى سن ١٣ سنة كانوا أقرب إلى الأطفال الطبيعيين مع بقاء بعض الأعراض المرضية مثل الأسلوبية والطقوسية .

وعموماً فإن ١ – ٢ ٪ من الذاتويين يتحسنون بدرجة كبيرة ويعيشون حياة طبيعية فى حين أن ٥ – ٢٠ ٪ منهم تكون حالتهم حدية (بين السواء والمرض) ، أما بقية الحالات خاصة تلك التى يصاحبها تخلف عقلى واضح فإنهم يحتاجون لرعاية ممتدة .

العـــلاج :

١ - العلاج التعليمي السلوكي :

وهو العلاج الأهم على المدى الطويل فى هذه الحالات حيث يتم تعليم الطفل مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعى والعناية بالذات بالإضافة إلى التدريبات اللغوية .

٢ - العلاج النفسي والإرشادي للوالدين :

فالوالدان يحتاجان للدعم والمساندة والتوعية لتحمل ورعاية الطفل الذاتوى المضطرب . كما أن برامج العلاج السلوكى تستكمل فى البيت حيث يعيش الطفل مع والديه لذلك فهما يحتاجان للتدريب على مساعدة الطفل لتغيير سلوكياته المضطربة .

٣ - العلاج الدوائي :

لا يوجد علاج دوائى نوعى لمرض الذاتوية ، ومع هذا ثبت أن لبعض الأدوية تأثير إيجابى على الإضطرابات السلوكية مثل الأسلوبية والعدوان وفرط الحركة وإيذاء

الذات . ومن هذه الأدوية ، الهالوبيريدول ، وهو مضاد للذهان من المجموعات التقليدية وكانت له بعض الأعراض الجانبية تقلل من إستخدامه .

وحديثاً ثبت أن لعقار ، الريسبيريدون، (ريسبريدال) أثر فعال فى علاج الإضطرابات السلوكية سالفة الذكر وهو أكثر أماناً وأقل بكثير من ناحية الأعراض الجانبية ، ولا يتوقف الأثر الإيجابى لهذا العقار على الإضطرابات السلوكية بل يتعداه إلى زيادة القدرة على التفاعل الإجتماعى والوجدانى ، وتتراوح الجرعة فى الأطفال من ٥ر٠ – ٤ مجم .

أما بقية مضادات الذهان الحديثة فلا توجد أبحاث كافية لبيان أثرها وأعراضها الجانبية ولكنها تستخدم حسب الحاجة .

وهناك أبحاثاً حديثة أثبتت فاعلية لعقاقير مضادات إسترداد السيروتونين النوعية SSRIS (ماسا) فى السيطرة على بعض أعراض الذاتوية .

٢ - إضطراب رت

Rett's Disorder

هذا الإضطراب يصيب الإناث فقط من الأطفال وفيه يكون نمو الطفلة طبيعيا فى الشهور الخمسة الأولى من عمرها ، ثم بعد ذلك يحدث قصور فى نمو الرأس من عمر ٥ شهور إلى ٤٨ شهر ، كما يحدث فقد للمهارات اليدوية المكتسبة قبل ذلك وتظهر حركات اليد الأسلوبية النمطية ، ويحدث تدهور للتفاعل الإجتماعى . إضافة لذلك نجد صعوبة فى المشى والتوازن مع إضطراب فى حركة الجذع . ويحدث تدهور شديد فى وظيفة الكلام مع بطء نفسى حركى .

وهذا الإضطراب يأخذ مساراً تدهورياً ويؤدى إلى إعاقة شديدة .

٣ - الاضطراب المفكك للقدرات العقلية في الطفولة

Childhood Disintentegrative Disorder

يكون نمو الطفل عاديا حتى يبلغ عامين من عمره ثم يبدأ فى فقد المهارات التى إكتسبها وهو يشبه فى مساره وعلاجه إضطراب الذاتوية إذا أستثنينا بداية حدوثه .

٤ - إضطراب أسبرجر

Asperger's Disorder

وهذا الإضطراب يختلف عن إضطراب التوحد فى نمو اللغة والقدرات المعرفية ومهارات المساعدة الذاتية تكون طبيعية ، على الرغم من إضطراب التفاعل الإجتماعى وأسلوبية وتقلص السلوك .

إضطراب ضعف الإنتباه / زيادة الحركة
Attention Deficit / Hyperkinetic Disorder

طفل فى السابعة من عمره يشكوا مدرسوه أنه لا ينصت للشرح ولا يستوعب جيداً على الرغم من أنه يبدو ذكياً ، وهو فى نفس الوقت لا يكف عن الحركة أبداً ، فهو ينتقل من مكان إلى مكان فى الفصل ويقفز من الشباك إلى الصالة ، وكثيراً ما يكسر الأشياء داخل الفصل ويخطف الأدوات المدرسية من زملائه ، ويؤدى ذلك إلى كثرة الشجار معهم وإلى طرده من الفصل وأحياناً من المدرسة . وإستدعى الأخصائى الإجتماعى ولى أمره فحضرت الأم وذكرت أنها تعانى من نفس المشكلات معه فى المنزل ، فهو لا يكف عن الحركة إلا عند النوم «وكأن هناك موتوراً يحركه بلا توقف» ولا يترك شيئاً فى مكانه ، ولا يستطيع التركيز فى عمل أى شئ لفترة طويلة ، بل ينتقل من شئ إلى آخر دون أن يتم أى شئ ، وهو لذلك لا يستطيع أن يذاكر دروسه أو يكتب واجباته إلا بصعوبة شديدة وبمتابعة مستمرة ومضنية من الأم .

هذه الحالة هى مثال لاضطراب نقص الإنتباه / فرط الحركة الذى تم وصفه فى بدايات القرن العشرين وبدأ الإهتمام بعلاجه طبياً عام ١٩٣٧ .

معدل الإنتشار :

هناك إختلافات فى معدلات الإنتشار فى الدراسات المختلفة من بلد لآخر ربما بسبب إختلاف المقاييس وإختلاف درجات القبول لما هو طبيعى وما هو غير طبيعى فى سلوك الطفل . فمثلاً فى أمريكا كانت نسبة الإصابة ٢ – ٢٠ ٪ من أطفال المدارس الإبتدائية ، وفى أنجلترا أقل من ١ ٪ وفى مصر كانت النسب تتراوح بين ٦ ٪ و ١٢ ٪ من تلاميذ المدارس الإبتدائية .

ويزيد هذا الإضطراب بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٥ : ١ ، ويكثر حدوثه فى الطفل الأول . ووجد أن الأبوين أو كليهما كان كثير الحركة فى طفولته ، أو لديه سمات إضطراب فى سلوكه الإجتماعى ، أو كان يتعاطى المخدرات ، أو لديه أعراض هستيرية تحولية .

وعلى الرغم من أن الحالة تبدأ مبكراً فى سن ٣ سنوات إلا أن أكثر الحالات لا يتم تشخيصها إلا عند التحاق الطفل بالمدرسة الإبتدائية حيث يتطلب الوضع إستقراراً

فى الفصل والتركيز فى الدروس والواجبات .

وقد لوحظ فى السنوات الأخيرة كثرة الشكوى من الأطفال كثيرى الحركة ربما لأن تربية الأطفال أصبحت تتم فى شقق مغلقة صغيرة المساحة ولم يعد مسموحاً للأطفال أو مأموناً لهم أن يلعبوا فى مساحات واسعة خارج المنزل كما كان الحال فى السابق ، لذلك تظهر حركتهم بشكل مزعج للوالدين ، إضافة إلى أن بعض الآباء والأمهات مغرمين بإقتناء التحف الزجاجية والفخارية سهلة الكسر مما يزيد من فرصة كسر هذه الأشياء مع حركة الأطفال المستمرة داخل هذا الحيز المحدود .

ويزيد أيضا من الإحساس بهذا الإضطراب زيادة الإهتمام بالتعليم والتفوق الدراسى مما يجعل الأبوين أكثر حساسية لنقص الإنتباه لدى طفلهم .

الأسباب :

إن السبب الحقيقى لهذا الإضطراب غير معروف على وجه التحديد حتى الآن فغالبية الأطفال المصابين بهذه الحالة ليس لديهم إضطراب تركيبى واضح فى الجهاز العصبى المركزى . وعلى الجانب الآخر نجد أن كثير من الأطفال الذين يعانون من أمراض عصبية نتيجة إصابة بالمخ ليس لديهم هذا الإضطراب . ونظراً لهذا الغموض إتجهت الأنظار إلى بعض العوامل التى ربما تكون قد ساهمت فى حدوث الحالة مثل التعرض لبعض السميات أثناء الحمل ، أو الولادة المبكرة أو إصابات الجهاز العصبى قبل أو أثناء الولادة . وهناك إحتمالات أن تكون الأشياء التى تضاف لبعض الأغذية مثل مكسبات الطعم واللون والمواد الحافظة خاصة فى الحلوى وسائر الأطعمة الخفيفة التى يتناولها الأطفال بكثرة لها دور فى إحداث أو إظهار المرض .

- **عوامل وراثية : (Genetic Factors)**

١ - هناك عوامل جينية واضحة فى حوالى ٥٠ ٪ من الحالات . وهذه العوامل يمكن ربطها بالنشاط الزائد ونقص الإنتباه .

٢ - ويبدو أن ما يتم إنتقاله بالوراثة هو نقص معرفى أساسى يعكس عمليات فى الفصين الأماميين للمخ ، وهذا النقص المعرفى يؤثر بشكل خاص فى وظائف وعمليات مثل التخطيط ، والإستجابة الإندفاعية والقدرة على نقل الإنتباه أو تثبيته .

٣ - توجد فى بعض الحالات مقاومة عامة لهرمون الغدة الدرقية
(Generalized Resistance to Thyroid Hormone GRTH)
وهذا يحول دون نمو المخ ويؤدى إلى إضطراب فى ناقلات الكاتيكولا أمينات **(Catecholamine neurotransmiters)**

٤ - إضطراب فى أحد مكونات البلازما يسمى C4B ويتم توارثه عن طريق الكروموسوم رقم ٦

- **عوامل بيولوجية : (Biological Factors)**

(أ) الناقلات الكيميائية العصبية (Neruro-transmitters)

١ - إضطراب فى الدوبامين أو النور ادرينالين أو السيرتونين

٢ - فرضية الدوبامين - كاتيكولامين **(Dopamin - Catecholamine)**

٣ - إحتمالات إضطراب الجابا (GABA).

(ب) تغيرات تركيبية فى المخ :

أوضحت دراسات الرنين المغناطيسى (MRI) على المخ وجود :

1 - Structural anomalies in the area of the basal ganglia, involving right-sided dominance with a smaller left caudate nucleous and smaller globus pallidus.
2 - Abmormalities in the corpus callosum which may lead to dysregulation between the functions of the two cerebral hemispheres.
3 - Alterations in cerebral dominance.
4 - Compromised frontal networks .

(ج) وجدت علاقة قوية ومؤكدة بين تدخين الأم فى فترة الحمل وبين إضطراب نقص الإنتباه فرط الحركة لدى الأطفال .

- **عوامل نفسية إجتماعية : (Psycho-Social Factors)**

١ - على الرغم من وجود هذا المرض فى كل الطبقات الإجتماعية إلا أن بعض الدراسات والملاحظات الإكلينيكية ترجح وجوده بنسبة أعلى فى الطبقات الأقل حظاً من المال والتعليم .

٢ - الجو الأسرى المضطرب خاصة فى وجود صراعات بين الزوجين وعدم إتفاق على نمط واضح ومحدد فى التربية .

٣ - إكتئاب الأم حيث تسود التفاعلات المزاجية السالبة بين الأم وطفلها .

٤ - عدم ثبات التغذية العاطفية المرتجعة .

٥ - ضعف الإرتباط بين السلوك وما يترتب عليه من ثواب أو عقاب .

٦ - ضعف التنبيه المعرفى .

٧ - غياب الخبرات التعزيزية المناسبة التى من شأنها فى حالة وجودها - أن تعزز السلوكيات الإيجابية للطفل .

٨ - القلق النفسى لدى الطفل .

٩ - القلق النفسى والمخاوف لدى أحد الأبوين أو كليهما .

١٠ - غموض المعلومات والتعليمات داخل محيط الأسرة مما يدع الطفل فى حالة تخبط .

- **عوامل نمائية : (Developmental Factors)**

إن المشكلات المتفرقة فى هذا الإضطراب يجمعها خيط واحد وهو « النقص فى تنظيم الذات » (**Deficit in Self-Regulation**) والذى يمكن إرجاعه إلى أحد العاملين التاليين أو كليهما :

١ - العلاقة غير الصحية بين من يقومون على رعاية الطفل وبين الطفل بحيث تحول هذه العلاقة التدخلية (**Intrusive**) دون تعديل حالة الإستثارة لدى الطفل .

٢ - ويلعب المزاج الطبيعى للطفل دور مهم فى مسألة تنظيم الذات .

- **عوامل مكانية : (Spacial Factors)**

لاشك أن المشكلة تظهر بوضوح لدى الأطفال الذين يعيشون فى شقق ضيقة

مليئة بالأثاث والأدوات سهلة الكسر والتحف الزجاجية مقارنة بالأطفال الذين يعيشون فى أماكن واسعة ولديهم الفرصة لإخراج طاقاتهم فى أماكن مفتوحة .

التقييم الإكلينيكي :

١ - التاريخ المرضى الطبى والنمائى .

٢ - إختبارات نفسية .

- معامل الذكاء (IQ)
- الشكل المعرفى (Cognitive Profile)
- المعارف الإجتماعية (Social Cognitions)
- صعوبات التعلم .
- تقييم الإنتبـاه .

٣ - فحوصات أخرى يمكن عملها عند الحاجة :

رسم المخ الكهربائى (EEG) ، الأشعة المقطعية على المخ (CT) ، الرنين المغناطيسى على المخ (MRI)

٤ - تقييم الأسرة البيئية المحيطة .

الخصائص التشخيصية :

يشخص إضطراب نقص الإنتباه فرط الحركة (ADHD) فى حالة وجود المواصفات التالية :

(أ) وجود (١) أو (٢)

١ - **نقص الإنتباه :** يشخص بوجود ستة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن ستة شهور ولدرجة أضرت بتكيف الطفل ولا تتناسب مع مرحلة النمو التى يمر بها :

١ - غالباً يفشل فى إعطاء إنتباه دقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء إهمالية فى واجباته المدرسية أو عمله أو الأنشطة الأخرى .

٢ - لديه صعوبة فى تركيز إنتباهه لمدة طويلة فى المهام أو اللعب .

٣ - لا يبدو عليه الإنصات لما يقال له مباشرة .

٤ - لا يتبع التعليمات ويفشل فى إنهاء واجباته المدرسية أو مهامه العلمية (وليس ذلك بسبب سلوك العناد أو الفشل فى فهم التعليمات) .

٥ - غالباً يتجنب أو يكره الأنشطة التى تتطلب تركيز القدرات الذهنية (مثل الواجب المدرسى والواجب المنزلى) .

٦ - غالباً لديه صعوبة فى تنظيم مهامه وأنشطته .

٧ - غالباً يتشتت بسهولة بالمثيرات الخارجية .

٨ - غالباً ينسى أنشطته اليومية .

٢ - **فرط الحركة - الإندفاعية :** وجود ستة أو أكثر من الأعراض التالية لمدة لا تقل عن ستة شهور ولدرجة أضرت بتكيف الطفل ولا تتناسب مع مرحلة النمو التى يمر بها :

- **فرط الحركة :**

١ - غالباً يكون متململاً فى مقعده ويبدو ذلك أيضاً فى حركات يديه ورجليه .

٢ - غالباً يغادر مقعده فى الفصل أو فى مواقف أخرى ولا يستطيع أن يظل جالساً فى مكان ثابت لوقت طويل .

٣ - غالباً يجرى أو يتسلق الأشياء (فى المراهقين أو الراشدين ينحصر ذلك فى الشعور الداخلى بعدم الإستقرار) .

٤ - غالباً يجد صعوبة فى الإندماج فى اللعب أو الأنشطة الترفيهية بشكل هادئ .

٥ - غاباً يتحرك كثيراً كما لو كان يعمل بموتور .

٦ - غالباً يتكلم كثيراً .

- **الإندفاعيــة :**

١ - غالباً يندفع فى الإجابة على أسئلة قبل أن يكمل السائل سؤاله .

٢ - غالباً يجد صعوبة فى إنتظار دوره .

٣ - غالباً يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه عليهم (سواء فى الحديث أو اللعب) .

(ب) بعض أعراض فرط الحركة الإندفاعية أو نقص الإنتباه كانت موجودة قبل سن ٧ سنوات .

(جـ) بعض الخلل من جراء الأعراض يلاحظ في مكانين أو أكثر (مثل البيت والمدرسة) .

(د) يجب أن يوجد دليل واضح علي الخلل التكيفي الإجتماعي أو الدراسي أو الوظيفي بسبب هذه الأعراض .

(هـ) الأعراض لا تحدث ضمن مسار إضطراب تشوه النمو أو الفصام أو أية إضطرابات ذهانية أخري ، ولا يعد ضمن إضطراب عقلي آخر (مثل إضطراب الوجدان أو القلق أو الإنشقاق أو إضطراب الشخصية) .

التشخيص الفارق :

يجب تفرقة هذا الإضطراب من إضطرابات أخرى يمكن أن تشترك معه فى بعض الملامح مثل :

١ - **القلق :** والذى يمكن أن يظهر فى صورة زيادة فى الحركة وسهولة التشتت .

٢ - **إضطراب السلوك :** والذى يكون مصحوباً بزيادة فى الحركة ونقص فى الإنتباه وميول عدوانية .

٣ - **صعوبات التعلم :** والتى تحول دون تحقيق الإنجاز الدراسى المطلوب مثل صعوبات القراءة وضعف القدرات الحسابية .

٤ - **نوبات الهوس والهوس الخفيف :** أحياناً تظهر نوبات هوس فى الطفولة أو المراهقة وتكون أعراضها زيادة فى الحركة وسهولة فى التشتت .

المضاعفات :

ماذا لو أهملت الحالة ولم يتم علاجها بشكل مناسب ؟

يؤدى هذا إلى كثيرا من المضاعفات نذكر منها :

١ - التدهور الدراسى .

٢ - تعرض الطفل أو المراهق لأخطار كثيرة نتيجة حركته وإندفاعه .

٣ - إضطراب تكيف الطفل مع من حوله مما يؤدى إلى كثير من المشاكل النفسية والإجتماعية تكون نتيجتها أن يجد الطفل نفسه مرفوضاً من الجميع ويرى نفسه مثيراً للمشاكل والمتاعب وقد يعانى من حالات إكتئاب بسبب هذا الموقف .

٤ - إضطراب السلوك نتيجة العلاقات المضطربة بين الطفل وبين الوسط المحيط به ، وقد يصبح الطفل شخصية مضادة للمجتمع .

دراسة بعض آليات وديناميات نقص الإنتباه :

* يعتبر ضعف إنجاز المهام هو السمة الأساسية لمرضى نقص الإنتباه ، ويمكن أن يكون هذا نتيجة أحد الإحتمالات التالية :

١ - صعوبة التوجه نحو الهدف .

٢ - إضطرابات فى ترميز المعلومات .

٣ - إضطراب القدرة على تركيز الذهن على شئ ما .

٤ - عدم القدرة على تقسيم الإنتباه وامتداده .

- **قياس نقص الإنتباه :**

١ - دراسة تقارير المدرس والوالدين .

٢ - التقييم الإكلينيكى البسيط (كأن يطلب من الطفل أن يطرح رقماً معيناً بإستمرار من رقم إفتراضى) .

٣ - التقييم الأكثر دقة بواسطة الكمبيوتر لحساب زمن الإستجابة ومعدل الخطأ .... إلخ .

- **تفسيرات نقص الإنتباه :**

١ - خلل فى السيطرة التنفيذية (**Excutive Control**)

٢ - خلل فى الحساسية للحافز بحيث يكون ما هو آنى أو سريع هو الأفضل .

٣ - خلل فى الدافعية فيضعف الحماس للتركيز حيث لا يوجد ما يستحق .

٤ - خلل فى تنظيم الذات .

٥ - خلل عام فى تكامل الوظائف المعرفية والوجدانية والسلوكية فى مواجهة متطلبات المواقف المختلفة .

العــلاج :

حين تكون الأسباب متعددة ومتباينة فإن خطة العلاج لابد وأن تكون بالضرورة متكاملة ومتعددة المستويات والعناصر بحيث لا يغنى عنصر عن آخر .

أولا : العلاج بالعقاقير :

تعتبر العقاقير المنبهة (**Stimulants**) هى الخط العلاجى الأول فى هذه الحالات مثل :

١ - ديكسترو أمفيتامين (دكسيدرين)
Dextroamphetamine (Dexedrine)

٢ - ميثيل فينيدات (ريتالين) **Methylphenidate (Retalin)**

٣ - بيمولين **(Pemoline)**

ويعتبر الريتالين أكثر هذه الأدوية إستخداماً وتتراوح جرعته بين ٥ر٠ إلى ٩ر٠ مجم لكل كجم من وزن الطفل وتقسم الجرعة إلى قسمين صباحاً وظهراً .

وقد أعطت هذه العقاقير تحسناً فى الكثير من الحالات حيث وصلت نسبة هذا التحسن فى بعض الدراسات إلى ٧٥٪ من الحالات ، وليس معروفاً الآلية التى تعمل بها وقد كان الإعتقاد السائد فى الماضى هو أنها تعمل من خلال التأثير العكسى (**Paradoxical Effect**) ، ولكن يرجح الآن أنها تعمل من خلال تنشيط مراكز التحكم والإنتباه عن طريق تنبيه قشرة المخ ومن الأعراض الجانبية لهذه الأدوية المنبهة ضعف الشهية للطعام ، الأرق ، اعتلال المزاج ، الإدمان عليها ، ونقص النمو والتوتر .

ونظراً لعدم توافر هذه الأدوية فى كثير من الأماكن فإنه يمكن إستبدالها

بمنبهات للقشرة المخية موجودة بكثرة فى كل مكان وهى الشاى والقهوة والنسكافية لوجود مادة الكافيين فيها ، وينصح الوالدين بإعطاء الطفل كوب من الشاى أو القهوة صباحاً وظهراً وقد ظهر أن الأطفال يحبون هذه المنبهات وخاصة القهوة ويتقبلونها بسهولة . وهناك ميزة أخرى فى هذه المنبهات الطبيعية حيث لا يقلق الأبوين من إعطاء الطفل أدوية نفسية وفى نفس الوقت لا يشعر الطفل أنه مريض .

أما الخط الثانى فى علاج هذه الحالة فهو مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic Antidepressants) مثل الإيمبرامين (Imipramine) المعروف تجارياً بأسم التوفرانيل وخاصة فى الحالات المصحوبة بحالات قلق أو إكتئاب . وإستعمال مثل هذه الأدوية يجب أن يتم بتدرج من جرعات صغيرة إلى جرعات أكبر مع تقييم حالة القلب قبل وأثناء الإستعمال :

أما عقار الديسيبرامين (Desipramine) فينصح بعدم إستعماله نظراً لحدوث أعراض جانبية خطيرة جراء إستعماله (وهو غير موجود فى الأسواق فى الوقت الحالى) .

وقد جربت أدوية أخرى وأعطت نجاحات بنسب مختلفة مثل الكلونيدين (Clonidine) والهالوبيريدول (Haloperidol) والذى يعرف تجارياً باسم السافيناز (Safenace) ،والبوسبيرون (Buspirone) الذى يعرف تجارياً باسم البوسبار (Buspare).

ثانيا : العلاج النفسي للطفل : ويتمثل في العلاجات التالية منفردة أو مجتمعة :

١ – العلاج السلوكى : وذلك بإستخدام مبدأ الثواب والعقاب مع الطفل مما يشجعه على تغيير سلوكه . وأيضاً بإستخدام تدريبات التحكم فى الذات وتنمية ملاحظة الطفل لنفسه وتوجيهها والتدريب على الإسترخاء .

٢ – العلاج النفسى الفردى التدعيمى : من خلال إقامة علاقة علاجية مع المعالج (الراشد) الذى يفهم الطفل وصعوباته ويساعد على تخطيها ويساعده أيضاً على التكيف الصحى مع البيئة المحيطة .

٣ – العلاج المعرفى : من خلال برامج تعزز السيطرة على النفس بتعليم الطفل إستراتيجيات التوجيه الذاتى وإدارة وتنظيم الذات والتغلب على السلوكيات المندفعة .

٤ - العلاج الجمعي : حيث يتعلم الطفل من خلال تواجده وسط مجموعة علاجية أن يركز إنتباهه هنا والآن وأن يعدل من سلوكياته حتى يتكيف مع المجموعة وينال فيها الرضا والقبول .

ثالثاً : العلاج الأسري :

كما رأينا فإن الجو الأسرى المضطرب يساهم فى حدوث هذه الحالة لذلك وجب إعادة النظر فى العلاقات داخل الأسرة بحيث تكون أكثر تفاهماً وإنسجاماً ، وإعادة النظر فى جو الأسرة ليكون أكثر هدوءاً ، وإعادة النظر فى نظام البيت بحيث تقل عوامل الإستثارة والتشتت بداخله .

ونظراً لما يحدثه ذلك الإضطراب من حالة فوضى وإحباط داخل الأسرة فإن الوالدين يحتاجان لدعم نفسى ولفهم طبيعة المرض وكيفية علاجه . وهذا يساعدهم كثيراًعلى تحمل الطفل القدرة على مساعدته ويقلل من المشاعر العدوانية المتبادلة بينه وبينهما .

وربما يحتاج المدرس فى المدرسة أيضاً لإيضاح موقف الطفل وسبل مساعدته .

وكثيراً مايسأل الوالدان كيف نتعامل مع هذا الطفل المزعج ؟ والإجابة بشكل عام هى :

١ - أن يكون مبدأ الثواب والعقاب قائماً وواضحاً داخل الأسرة والمدرسة .

٢ - أن تكون معالم الخطأ والصواب واضحة ومحدده أمام الطفل .

٣ - أن نتعامل مع الطفل بطريقة « الحزم الطيب » فهؤلاء الأطفال من حقهم علينا أن نلملم تشتتهم ونقلل من إندفاعاتهم بوجودنا معهم وبينهم وحولهم بشكل مساند وغير مستفز .

٤ - ولا نحرم هذا الطفل من كلمة ثناء على أى شئ إيجابى يفعله ولو بسيط ، لأن هذا الطفل قد تعود على أن أفعاله دائماً تثير السخط والغضب فهو محروم من نظرة الرضا ومن كلمة الثناء ولذلك تزداد عدوانيته وتصبح طريقة التواصل الوحيدة مع من حوله قائمة على الإستفزاز والإثارة .

٥ - ولا ينسى الأبوين أنه طالما كان بالإمكان ترويض الحيوانات المفترسة

كالأسود وتعويدها على سلوكيات مرغوبة فإنه من باب أولى يكون ذلك ممكناً مع طفليهما ببذل الجهد المخلص على الطريق الصحيح .

٦ – عدم مقارنة هذا الطفل ببقية أخوانه أو أقرانه حتى لا تزيد عدوانيته ويزيد إستفزازه .

٧ – إتاحة الفرصة لإستخدام كل الخطط والوسائل العلاجية المقترحة من المعالج المتخصص على إعتبار أن هذه الحالة مرض له علاج وليس مجرد سوء أدب من الطفل أو سوء تربية من والديه .

٨ – إتاحة الفرصة لخروج الطاقة الزائدة لدى الطفل من خلال وجوده فى مساحات مفتوحة (كالأندية مثلا) أو توجيه هذه الطاقة فى أعمال إيجابية يكافأ الطفل على القيام بها .

٩ – الحرص على وجود ملاعب وحدائق بالمدارس تنصرف فيها الطاقة الزائدة للأطفال ، وأن لا تكون المدارس عبارة عن صناديق مغلقة تقيد حركة الطفل لوقت طويل .

المآل : (Prognosis)

لا توجد دراسات كافية توضح مآل هذا المرض حتى الآن وربما يرجع السبب إلى نقص الدراسات التتبعية طويلة الأمد . لذلك نعتمد فى تقديرنا للمآل على الملاحظات الإكلينيكية ، والتى يتضح من خلالها أن نسبة من هؤلاء الأطفال يتحسنون بشكل تلقائى فى فترة المراهقة أو الشباب المبكر ، ولكن تبقى نسبة غير قليلة تعانى من الأضطراب فى بقية مراحل حياتها ويؤدى هذا إلى ضعف إنجازهم الدراسى والعملى وإلى إضطراب علاقاتهم بمن حولهم لدرجة ربما تصل إلى إضطراب فى الشخصية . والعلاج بكل أشكاله يجعل المآل يأخذ مساراً إيجابياً ويقلل كثيراً من مضاعفات المرض .

إضطراب السلوك

Conduct Disorder

تعريفه : هوالنمط المتكرر والثابت من السلوك الذى تنتهك فيه الحقوق الأساسية للأخرين ، أو الخروج على الأعراف والقوانين الإجتماعية بشكل خطير .

ولكى يكون لهذا الإضطراب قيمة تشخيصية فيجب أن يستمر لمدة لا تقل عن ستة شهور .

معدل الإنتشار : تتفاوت النسبة بين الذكور والإناث ، حيث يوجد هذا الإضطراب بنسبة ١٦ ٪ من الأولاد وبنسبة ٩ر٢ ٪ من الإناث تحت سن ١٨ سنة .

وتزيد نسبة حدوثه فى الأطفال الذين يولدون لآباء لديهم إضطراب الشخصية المعادى للمجتمع أو المدمنين ، وتزيد النسبة أكثر فى المجتمعات المزدحمة والفقيرة .

الأسباب : لا يوجد سبب واحد مسئول عن إضطراب السلوك وإنما تتضافر عدة أسباب ، نذكر منها ما يلى :

١ - **عوامل والديه :** يلعب الوالدين دوراً هاماً فى تحديد صفات وسلوكيات أبنائهم سواء بقصد أو بدون قصد . وحين تسير الأمور داخل الأسرة بشكل عشوائى وتغيب قيمة الصواب والخطأ والثواب والعقاب وتصبح الأمور شديدة الغموض بالنسبة للوالدين والطفل فإن هذه البيئة المضطربة تكون تربة خصبة لإضطراب السلوك . يضاف إلى ذلك وجود خلل نفسى فى أحد الوالدين أو كليهما مثل إضطرابات الشخصية أو الإدمان أو المرض النفسى عموماً ، وفى هذا الجو يمكن أن يعانى الطفل من الإهمال أو الإنتهاك النفسى أو الجسدى أو الجنسى . وإذا كان الأبوين منفصلين فعلاً أو مجازاً فإن ذلك يضع الطفل فى صراع بين رغباتهما المتناقضة ويؤدى إلى مشاعر مؤلمةوإحباطات وغضب شديد يعبر عنها جميعاً بالسلوك المضطرب .

٢ - **عوامل إجتماعية بيئية :** فالأطفال الذين ينشأون فى بيئات فقيرة محرومة من الإحتياجات الأساسية ومليئة بالسلوكيات المضطربة كالعدوان وتعاطى المخدرات يصبحون أكثر عرضه لإضطرابات السلوك .

٣ – عوامل نفسية : مثل

* إضطراب علاقة الطفل بالأم كأن تكون الأم قاسية أوغير قادرة على إشباع حاجات الطفل البيولوجية والنفسية .

* سيطرة شخصية الأم أو غياب الأب : فكما يقولون فى الحكمة : « الرجل لا يربيه إلا رجل » لأن الطفل لكى ينمو سوياً فلابد وأن يكون أمامه نموذجاً للرجل السوى ممثلاً فى أبيه ، لذلك فالأطفال الذين يعانون من غياب آبائهم نتيجة للسفر أو العمل لمدة طويلة ربما يكونون عرضة لإضطراب السلوك أكثر من غيرهم .

* الشعور بالإحباط : فالطفل الذى يشعر أنه فاشل وأنه لا يستطيع تحقيق آماله وأحلامه نظراً لصعوبات كثيرة فى نفسه (كضعف إمكانياته وملكاته الجسمانية أو النفسية) أو فى الأسرة التى لا تسمح له بالتعبير عن نفسه فإنه يلجأ إلى السلوكيات العدوانية كتعويض وكنوع من إثبات الذات ومعاقبة الآخرين الذين أحبطوه .

٤ – إستباحة الأطفال وسوء معاملتهم : فالأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجسدى أو الجنسى لفترات طويلة يكونون أقرب لإضطرابات السلوك ، وخاصة إذا كان الطفل غير قادر على التعبير اللفظى عن معاناته حينئذ لا تكون هناك وسيلة للتعبير عن غضبه غير العنف الجسدى .

٥ – عوامل بيولوجية عصبية : كالوراثة مثلاً بأن يرث الطفل إضطراب السلوك من أحد أبوابه ، أو شذوذ الجينات (XXY، XYY) أو إضطراب وظائف المخ بسبب إصابة أو التهاب أو إضطراب فى الناقلات العصبية مثل نقص النورأدرينالين وزيادة السيروتونين فى الدم .

الخصائص التشخيصية لإضطرابات السلوك كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV :

أ – نمط متكرر وثابت من السلوك الذى تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين، أو إنتهاك خطير للأعراف والقواعد الإجتماعية ، ويتضح هذا بوجود ثلاثة أو أكثر من الخصائص التالية فى السنة الخيرة ، مع وجود خاصية واحدة على الأقل فى الشهور الستة الأخيرة :

* **العنف ضد البشر والحيوانات :**

١ – غالباً يتنمر على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم .

٢ – غالباً يبدأ عراكات جسدية .

٣ – يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسدياً للآخرين (مثل المطواة أو الزجاجات المكسورة أو الأسلحة النارية ... إلخ) .

٤ – يتعامل مع الناس بقسوة جسدية .

٥ – يتعامل مع الحيوانات بقسوة جسدية .

٦ – يسرق في مواجهات مع الضحايا (مثل النتش أو السرقة تحت تهديد السلاح أو السطو المسلح) .

٧ – إكراه آخر على مواقعته جنسياً .

*** تدمير الممتلكات :**

٨ – تورط في إشعال حريق بقصد الإضرار الخطير .

٩ – دمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

*** – النصب أو السرقة :**

١٠ – التهجم بالكسر على منازل الآخرين أو سياراتهم .

١١ – غالباً يكذب ويخدع الآخرين للحصول على مطالبه .

١٢ – قام بسرقات دون مواجهات مع الضحايا .

*** الإنتهاك الخطير للقوانين :**

١٣ – غالباً يتأخر خارج البيت ليلاً دون إعتبار لأوامر الوالدين .

١٤ – تكرار مبيته خارج البيت مرتين علي الأقل برغم رفض الوالدين لذلك .

١٥ – غالباً يهرب من المدرسة .

ب – وإضطراب السلوك الموصوف آنفاً يسبب خللاً إكلينيكياً واضحاً في الوظائف الإجتماعية أو المدرسية أو الوظيفية .

ج – إذا كان الشخص عمره ثمانية عشر عاماً أو أكثر فإن المواصفات لا تتفق مع إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

ويمكن تصنيف الإضطراب طبقاً للسن كالتالى :

١ - النوع ذو البداية فى سن الطفولة : قبل سن ١٠ سنوات .

٢ - النوع ذو البداية فى المراهقة : بعد سن ١٠ سنوات .

ويمكن تصنيف الإضطراب حسب شدته إلى :

١ - إضطراب سلوك بدرجة خفيفة : حيث توجد مشاكل سلوكية قليلة تفى بالتشخيص ولكنها تسبب أذى بسيطاً للآخرين .

٢ - إضطراب سلوك بدرجة متوسطة : حيث تكون شدة المشكلات السلوكية بين الشديدة والخفيفة .

٣ - إضطراب سلوك شديد الدرجة : حيث توجد مشاكل سلوكية عديدة وتسبب إيذاءاً شديداً للآخرين ، مثل الإصابات الجسمانية الخطيرة للضحايا أو الإنتهاكات الشديدة للقوانين أو السرقات الكبيرة والغياب الطويل عن البيت .

التشخيص الفارق :

يجب أن نفرق إضطراب السلوك من الإضطرابات التالية :

١ - إضطراب العناد الشارد : حيث لا يحدث فيه إنتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين ولا لقيم المجتمع وقوانينه وأعرافه .

٢ - إضطرابات المزاج : وتظهر فيها بوضوح أعراض الهوس أو الإكتئاب وغالباً ما تكون فى صورة نوبات يتخللها فترات سلوك طبيعى .

٣ - إضطراب ضعف الإنتباه فرط الحركة .

المآل (مصير إضطراب السلوك):

غالباً ما يسأل الوالدين : ما هو مصير طفلنا الذى تظهر عليه علامات إضطراب السلوك ؟ .. هل سيتحسن مع الكبر ؟ ... أم أنه سيصبح حين يكبر – فى عداد المجرمين ؟ والإجابة هى أن الحالات التى تظهر إضطراباً شديداً فى السلوك ستكون عرضة حين تكبر لإضطرابات المزاج وللوقوع فى دائرة الإدمان . وإذا وجد

إضطراب السلوك وكان معه تاريخ عائلى للسلوك الإجرامى فإن الطفل يصبح مهيئاً لإضطراب الشخصية المضاد للمجتمع .

أما فى الحالات البسيطة والمتوسطة وغير المصحوبة بإضطرابات نفسية أو خلل فى القدرات العقلية فإن مآلها يكون مشجعاً خاصة إذا إنتبهت الأسرة لمشكلات الطفل وبادرت إلى التماسك والتكاتف لحلها خاصة فى وجود الأب ووجود حالة من الدفء العاطفى داخل الأسرة ووجود حالة من الحب يعيشها الابن أو البنت مع شخص مهم فى حياته (الأب - الأم - المدرس - الأخصائى النفسى أو الإجتماعى - المرشد الدينى) .

وفى بعض الأبحاث وجد أن ٧٥ ٪ من هؤلاء الأطفال يتحسنون بعد بلوغ سن العشرين فى حين أن ٢٥ ٪ يستمر إضطرابهم ويتحول إلى سلوك مضاد للمجتمع .

العلاج :

لا شك أن علاج إضطراب السلوك سيكون متعدد المستويات ومتعدد العناصر ويحتاج لفريق متعدد التخصصات حيث أن المشكلة كما رأينا متعددة المستويات (بيولوجية ونفسية وإجتماعية) وبالتالى فلا يوجد تدخل علاجى واحد حاسم فى هذا الموضوع وإنما كل تدخل سوف يصلح جزءاً من هذا الإضطراب المتعدد .

وبالإضافة إلى تعددية الوسائل العلاجية نحتاج إلى سياسة النفس الطويل والصبر الجميل من المعالجين ومن الأسرة لأن تغيير السلوك المضطرب لا يتم بسرعة وإنما يحتاج لمراحل تدريجية مناسبة .

(١) العلاج الوقائى : ويشمل النقاط التالية :

١ - تجنب العوامل المؤدية إلى هذا الإضطراب (والتى ذكرت سلفاً) كلما أمكن ذلك .

٢ - الحرص على أن تكون التركيبة الأسرية والإجتماعية راسخة ومرنة فى نفس الوقت مما يعطى معالم واضحة للأدوار الإجتماعية للأب والأم والمدرس ، وعالم الدين ... إلخ .

٣ - وضوح قواعد الثواب والعقاب والصواب والخطأ فى البيئة التى يعيش فيها الطفل ، فهذا يساعد على أن يبنى الطفل توقعات مفهومة لسلوكه فينضبط هذا السلوك.

٤ - الحرص على أن يكون جو الأسرة متسماً بالأمان والإستقرار والحب والسماح ، فهذا يساعد على تكوين صورة إيجابية للحياة لدى الطفل ويرسخ فى نفسه معتقدات ومشاعر إيجابية .

٥ - توافر القدوة الصالحة فى حياة الطفل خاصة الوالدين والمدرسين والرموز الدينية والاجتماعية .

٦ - تفهم إحتياجات الطفل البيولوجية والنفسية والإجتماعية ومحاولة إشباعها بشكل متوازن لا يصل إلى حد التخمة ولا يصل إلى حد الحرمان .

٧ - عقد ندوات تدريبية وورش عمل للوالدين والمدرسين وكل من يتعامل مع الأطفال والمراهقين ، حيث أن كثيراً من هؤلاء ليست لديهم تصورات واضحة عن كيفية تربية الطفل بشكل صحيح وهو ما يعرف بالأمية التربوية .

٨ - معاملة كل طفل حسب إمكانياته وقدراته وعدم مقارنته ببقية أقرانه حتى لا يشعر بالعجز والدونية والإحباط وبالتالى يصبح غاضباً وعنيداً وعنيفاً .

٩ - إعطاء الفرصة كاملة للطفل للتعبير عن نفسه وعن قدراته دون قهر أو إلغاء لإرادته أو إختياره ، فالتربية الصحيحة ليست إلغاءاً لإرادة الطفل أو إختياره ، وإنما هى تدعيم للخيارات الصحيحة ومحاولة توعية وتنبيه تجاه الخيارات الخاطئة فالإنسان ميزه الله تعالى بالإرادة والإختيار ولابد وأن يسمح له أن يكون مريداً ،مختاراً حتى فى مراحل الطفولة المبكرة لأننا لا نتصور إنتزاع ذلك منه حتى يكبر ولو فعلنا ذلك قسراً فإن الطفل إما أن يدخل فى عناد معنا فيضطرب سلوكه ، أو يلغى إرادته وإختياره لصالحنا ولا يستطيع إستعادتها بعد أن يكبر وبهذا يصير إعتمادياً عديم الإرادة . ولنا فى قصة سيدنا نوح مع أبنه عبرة بالغة ، فقد نادى نوح إبنه قائلاً : « يابنى إركب معنا » فرفض الابن هذا النداء وقرر أنه سيأوى لجبل يعصمه من الماء فوضح له الأب المشفق عليه والعالم بمصيره أن لا عاصم اليوم من أمر الله ، ولكن الابن أصر على خياره فسلم الأب أمره لله ولم يحاول أن يدفعه للركوب فى السفينة قهراً لأنه لو فعل يكون قد ألغى إرادة إبنه وإختياره ، وهذا ما لم يقدره الله تعالى للبشر مهما كانت خياراتهم ، فللبشر حدود يقفون عندها ، والله هو وحده القادر على كل شئ (إنك لا تهدى من أحببت ولكن الله يهدى من يشاء) .

وكثير من الآباء والأمهات يدخلون فى صراع مرير مع الأبناء بهدف تغيير إرادتهم أو خياراتهم وهم يعتقدون أنهم لابد وأن يفعلوا ذلك طوال الوقت ليكونوا مطبقين قول الرسول (كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته) ، فهم يعتقدون أنهم مكلفين بهداية أبنائهم ، وهم فعلاً مكلفين بذلك ، ولكن هناك – كما يقول الفقهاء – نوعين من الهداية – النوع الأول : وهو هداية التبليغ (أى الدعوة والنصح والإرشاد والتعليم ... إلخ) وهذه يستطيع البشر أن يقوموا بها ، وقد بدأها الأنبياء ويكمل مسيرتهم العلماء والمدرسون والأباء والمربون عموماً ، أما النوع الثانى فهو هداية الفعل وهذه لا يملكها إلا الله الذى أعطى للإنسان حرية الإختيار وحرية الفعل ثم يحاسبه بعد ذلك .

ليس معنى هذا أننا ندعو الآباء والأمهات لأن يتركوا الحبل على الغارب لأبنائهم ، ولكننا ندعوا إلى الحزم الطيب وإلى المعاملة الحسنة والقدوة الحسنة التى يحبها الطفل عن إختيار منه وليس عن قهر يعانده .

١٠ – ومن أهم أساليب العلاج الوقائى أن يكون للأسرة (وكذلك للمجتمع) مرجعية تربوية واضحة لما هو صحيح أو خطأ ولما هو حلال أو حرام ، وأن يكون مبدأ الثواب والعقاب قائماً (دونما إفراط أو تفريط) ، وبذلك يتعلم الطفل القانون الأخلاقى ويصبح هذا القانون جزءاً من ذاته يحكم سلوكه بآلية داخلية فلا يحتاج طول الوقت لتعديل سلوكه من الخارج ولكى يحدث استدماج للقانون الدينى أو الأخلاقى فى شخصية الطفل فلابد أن يحب الطفل هذا القانون من خلال حبه للمربى ، فإذا لم يستطيع الطفل أن يحب المربى (الأب أو الأم أو المدرس أو عالم الدين) فإنه يرفض هذا القانون ويعتبره شيئاً خارجياً مفروضاً عليه فيقاومه وينتهكه كلما إستطاع ذلك .

١١ – تهيئة المناخ المدرسى لكى يدعم الصفات الإيجابية ويثبط الصفات السلبية .

(٢) علاج الحالات المرضية :

* **علاج نفسى وإجتماعى :** ويمكن أن يأخذ أحد الصور التالية أو كلها :

١ – إرشاد وتعليم للوالدين حول الأساليب التربوية الصحيحة وكيفية مواجهة المشكلات النفسية لأطفالهم المضطربين .

٢ - علاج نفسى فردى للطفل وهو إما أن يأخذ مساراً سلوكياً بأن يوضع الطفل فى وسط علاجى يدعم فيه الجوانب الإيجابية من خلال نظام التشجيع المعنوى والمكافآت ، ويضعف الجوانب السلبية من خلال نظام الحرمان من بعض المزايا أو التعرض لبعض العقوبات العلاجية ، أو يأخذ مساراً معرفياً بأن يتم تصحيح الأفكار والتصورات الخاطئة التى يبنى عليها الطفل سلوكياته المضطربة ، أو يأخذ مساراً للتدريب على المهارات الإجتماعية الصحيحة التى يحتاجها الطفل للتعامل الصحى مع البيئة المحيطة به .

٣ - علاج أسرى ، حيث تدخل الأسرة بأكملها فى العلاج على إعتبار أن إضطراب سلوك الطفل يعكس إضطراباً فى الأسرة ككل وأنه لا يمكن إصلاح إضطراب سلوك الطفل إلا بإصلاح المصدر الأساسى لإضطرابه وهو الأسرة ، ويتم هذا من خلال جلسات متعددة للعلاج الأسرى يقوم بها معالج متخصص فى العلاج الأسرى .

٤ - علاج نفسى جمعى للطفل وسط مجموعة من الأطفال أو الوالدين مع آخرين لديهم مشكلات مشابهة مع أبنائهم . وهذا العلاج يستخدم آليات وتقنيات كثيرة للتغيير من خلال ضغط المجموعة لتغيير السلوكيات المرضية .

٥ - العلاج المؤسسى ، وذلك بإنتزاع الطفل من البيئة المضطربة التى يعيش فيها ويتعلم فيها السلوكيات المرضية ، ووضع فى بيئة علاجية لبعض الوقت من اليوم أو طوال الوقت حيث تتاح له فرصة لتعلم مهارات إجتماعية وحياتية صحية .

٪ علاج بالعقاقير :

كان من المعتقد قبل ذلك أن العقاقير ليس لها دور فى تغيير السلوكيات المضطربة ، ولكن الأبحاث والدراسات فى السنوات الأخيرة شجعت إستخدامها للسيطرة على الكثير من الأعراض المزعجة مثل العنف والإندفاع وكثرة الحركة . ومما زاد من إحتمالات الإستفادة من العقاقير أن هناك نسبة غير قليلة من الأطفال المضطربى السلوك يعانون من حالات اكتئاب أو قلق وغالباً ما يعبر الطفل عن إكتئابه وقلقه فى صورة إضطرابات سلوكية ولذلك تلعب مضادات الإكتئاب والقلق دوراً فى مثل هذه الحالات .

وحالياً تستخدم مضادات الذهان فى علاج السلوك العدوانى والأمثلة على ذلك :

الهالوبيريدول (السافيناز) والريسبيريدون (ريسبيريدال ، أبيكسويدون ، زيسبيرون ، سيكودال) .

ويستخدم الليثيوم (بريانيل) لعلاج العنف عند الأطفال سواء كان ذلك ضمن منظومة الإضطراب الوجدانى ثنائى القطب أو خارجها .

وهناك بعض الدراسات التى تقترح إستخدام الكاربامازيبين (تيجريتول) للسيطرة على نوبات العنف أو السلوك المضطرب عموماً خاصة إذا كان يحدث على شكل نوبات . وتستخدم مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات أو مانعات إسترداد السيروتين النوعية SSRIS (ماسا) لعلاج حالات الإكتئاب وبالتالى تتحسن إضطرابات السلوك الناتجة عنها ، وتستخدم أيضاً مضادات القلق وخاصة بوسبيرون (بوسبار) لعلاج القلق وما يصاحبه من إضطرابات سلوكية .

السلوك العدواني

تعريفــه :

هو تعمد إيذاء شخص آخر بشكل مباشر أو غير مباشر على غير رضا منه .

* أشكاله :

١ – **العــدوان اللفظى :** ويشــمل السب والشـتم والألفـاظ النابيـة والجــارحـة والسخرية والإستهزاء من الغير وإطلاق النكات والتهديدات للغير والصياح ...... إلخ .

٢ – **العدوان الجسدى :** ويشمل الضرب والعض والخربشة وربما يصل إلى إصابات جسدية خطيرة أو إلى القتل وهو يقع من شخص (المعتدى) على شخص آخر (المعتدى عليه) .

٣ – **الشجار (العراك) :** وهو عبارة عن نقاش أو جدال غاضب ومستفز بين شـخصين ، أى أنه فعل مشـترك بين الأثنين ، على عكس العدوان الذى يأخذ فيه المعتدى الدور الأساسى .

٤ – **المضايقة والتنمر على الغير (Teasing And Bullying) :** وهى أفعال عدوانية تهدف إلى إستثارة شخص ومضايقته والتلذذ بذلك وربما ينتهى الأمر إلى الشجار أو عدوان أحد الطرفين على الآخر والمضايقة والتنمر يشملان السخرية من آخر لإغضابه أو التهكم عليه ، وشد الشعر أو الملابس أو القرص .

٥ – **العــدوان السلبى (Passive aggression) :** هو الإهمــال والسلبـيــة والمكايدة والصمت والتجاهل وكلها سلوكيات مستفزة للطرف الآخر وتجعله فى حالة إحباط وغضب .

أسباب السلوك العدواني :

السلوك العدوانى يمكن أن نشاهده فى عدد كبير من الإضطرابات العضوية أو النفسية أو حتى فى الأصحاء تحت ضغوط معينة ، لذلك فأسبابه متعددة ومتشعبة ولكننا نذكر منها ما يلى :

١ – **ضعف القدرات العقلية :** وهذا يجعل الطفل غير قادر على التكيف مع

البيئة المحيطة به فيصبح محبطاً وغاضباً وعدوانياً خاصة إذا كانت البيئة تحمله أشياء لا يستطيع القيام بها . وكمثال لذلك الطفل الذى يعانى من التخلف العقلى المتوسط أو البسيط وضعه أبواه فى مدرسة عادية فوجد نفسه غير قادر على فهم الدروس وعمل الواجبات لذلك نجده يضرب زملاءه فى الفصل ويعتدى على أخوته فى البيت ويهرب من المدرسة . والطفل ذو القدرات العقلية المحدودة لا يستطيع حل المشكلات التى تواجهه بصورة إجتماعية مقبولة لأن خياراته تكون محدودة لذلك يلجأ إلى إستخدام يديه (وأحياناً رجليه) لحل مشكلة .

٢ – **ضعف الإنتباه / زيادة الحركة :** هذا الإضطراب يجعل الطفل فى حالة إضطراب وصراع مع المحيطين به نتيجة نشاطه الزائد ، وهو يقابل رفضهم له وضغوطهم عليه بسلوك عدوانى .

٣ – **الإضطرابات النفسية المختلفة :** فالطفل كثيراً ما يعبر عن إضطراباته النفسية كالقلق والإكتئاب فى صورة إضطراب فى السلوك .

٤ – حالات الصرع خاصة المصحوبة بإصابات فى المخ .

٥ – **طريقة التربية :** فالعقاب الجسمانى الشديد للطفل يجعله عدوانياً بعد ذلك لأنه يتعلم أن العقاب الجسدى هو الحل للمشاكل بين الناس وهو شئ مشروع فى التعامل ، وعلى الجانب الآخر نجد أن التساهل من الوالدين تجاه سلوك الابن العدوانى يجعله يتمادى فى ذلك السلوك ، أى أن العقاب الشديد والتدليل الشديد يمكن أن يؤديان إلى سلوك عدوانى .

٦ – **الغيرة :** فالطفل الذى يشعر بالغيرة من أخ له أو أخت ربما يعبر عن ذلك بإيذاء أخيه أو أخته وربما يمتد عدوانه إلى والديه الذين يعتقد أنهما يظلمانه بتفضيل أخيه أو أخته عليه . والعدوان الناتج عن الغيرة إما أن يأخذ هذا الشكل الصريح الذى ذكرناه أو يأخذ صورة العدوان السلبى فنجد الطفل أو الطفلة أصبح سلبياً متبلداً لا يفعل شيئاً ، عنيداً لا يؤدى واجباته المدرسة ولا يريد أن يذهب للمدرسة .

٧ – **كثرة التعرض لمشاهدة العدوان :** إما فى البيئة التى يعيش فيها الطفل مثل الأماكن الشعبية والفقيرة والمزدحمة التى يكثر فيها السلوك العدوانى بين الناس أو مشاهدة الأفلام المليئة بالعنف والقتل والتدمير . ففى هذه الحالات يقلد الطفل مشاهد العدوان التى يراها ويتوحد مع الشخصيات العدوانية وفى نفس الوقت تقل حساسيته لآثار العدوان لا يهتز لمناظر القتل أو الإيذاء بالإضافة إلى تعلمه لوسائل وطرق جديدة لممارسة العدوان .

٨ - **إستمرار الإحباط لفترات الطويلة :** فالإحباط يعتبر من أهم العوامل المسببة للعدوان . لذلك نجد السلوك العدوانى منتشراً بين أطفال الشوارع والطبقات الفقيرة المعدمة التى ليس لها حظ فى التعليم أو الترفيه ولا تأخذ حقها فى الحياة الكريمة كبقية الأطفال .

٩ - **جذب الإنتباه والإثارة :** فأحياناً يقوم الطفل بالسلوك العدوانى كنوع من الدراما لجذب إنتباه الأب أو الأم حتى ولو تعرض الطفل للإيذاء . وأحياناً يكون العدوان إستعراضاً لقوة الطفل خاصة فى الأطفال الذين يتمتعون ببنيان جسدى أقوى من أقرانهم .

١٠ - الدفاع عن النفس : حيث يعيش الطفل فى بيئة مهددة لا يشعر فيها بالأمان ومن هنا تنشأ لديه ميول عدوانية لحماية نفسه .

التعامل مع الطفل العدواني :

أولاً : مطلوب أن نعرف بواعث هذا السلوك هل هى إضطرابات عضوية بالمخ أم إضطرابات نفسية أم ظروف إجتماعية ونحاول التعامل معها - حسب طبيعتها - بالعلاج الدوائى أو العلاج النفسى (أو كلاهما معاً) أو العلاج الإجتماعى .

ثانياً : توفير جو ملائم للطفل يراعى قدراته ويقلل احباطاته وغضبه ويعطيه شعوراً بالأمان والطمأنينة .

ثالثاً : تعليمه مهارات اجتماعية جديدة لمواجهة ضغوط الحياة بشكل متحضر ومقبول .

رابعاً : إعطاء القدوة من الوالدين والمدرسين والشخصيات المؤثرة فى حياته أن التعامل مع الآخرين يتم بالإحترام والمودة والأخذ والعطاء ولا يتم بالعنف والعدوان.

خامساً : عدم التساهل أو التهاون إزاء السلوك العدوانى ، بل لابد وأن يعرف الطفل أن هناك عواقب دائما لسلوكه العدوانى كما أن هناك مكافآت للسلوك المتحضر . وإذا قمنا بتأديب الطفل أو عقابه فيجب أن يتم ذلك بشكل صحى كما سنذكر فيما بعد فى موضوع التأديب والعقاب .

السـرقـة

تعريف السرقة :

هى أن يأخذ الطفل شيئاً ليس من حقه .

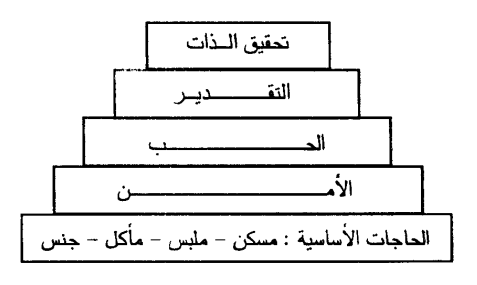
* مدى إنتشار السرقة ومعناها لدى الطفل :

تعتبر السرقة من الأعراض الشائعة لدى الأطفال والتى تؤدى إلى إنزعاج شديد من الوالدين خوفاً من أن تصبح سلوكاً دائماً لدى الطفل حين يكبر ، وهى تؤدى إلى خلق جو من عدم الثقة فى البيت وتؤدى إلى أن يكون الطفل محل إتهام دائماً مع أى شئ يفقد من المنزل ، وربما يتعرض لعقاب شديد نتيجة لذلك بحق أو بغير حق .

والسرقة عند الأطفال ليست بالمعنى المتعارف عليه عند الكبار فهى ليست بالضرورة سعياً لامتلاك أشياء تخص الغير ، وإنما فى كثير من الأحيان تعبر عن إحتياجات أو دوافع بسيطة ولكنها تأخذ شكل السرقة ، فالطفل حين يسرق يريد أن يبلغ رسالة إلى من يهمهم الأمر (غالباً والديه) للإهتمام به أو الإحساس بمعاناته أو مساعدته ، ولكنه يخطئ الطريق فى إبلاغ الرسالة .

نظرية الإحتياجات وعلاقتها بالسرقة :

يجدر بنا لكى نفهم هذا السلوك جيداً أن نعود لدراسة هرم الإحتياجات الذى حدده إبراهام ماسلو فوضع فى قاعدته الحاجات الأساسية من مأكل ومشرب ومسكن وملبس وجنس ، ثم بعد ذلك الإحساس بالأمن ثم الإحساس بالحب ثم الحصول على التقدير الإجتماعى ، وأخيراً تحقيق الذات .



والطفل لكى ينمو بشكل صحى فيجب أن تكون هناك درجة من الإشباع لهذه الحاجات بحيث لا يكون إشباعاً زائداً لدرجة التخمة ولا إشباعً ناقصاً لدرجة الحرمان ، لأن كلاً من الطرفين يؤديان إلى سلوكيات مضطربة .

دافع التملك عند الإنسان :

هو دافع أصيل فى تكوين الإنسان بأن يكون له أشياء تخصه هو ويدافع عنها ، وهذا الدافع له وظيفة إيجابية فى الحياة حين يكون فى حدوده المعقولة . وهذا الدافع تهذبه وتقومه القيم الدينية والشرائع والقوانين حتى لا تحدث تعديات من أى إنسان على ملكية غيره وإذا حدث هذا التعدى فهو يعتبر ذنباً فى الإصلاح الدينى يعاقب عليه الله ويعتبر جرماً فى الإصطلاح القانونى يعاقب عليه المجتمع ويظهر هذا الدافع الفطرى بصورة تلقائية لدى الطفل فى نهاية السنة الأولى من عمره ويكبر معه بعد ذلك فيعرف أن هذه ملابسه وهذه لعبه ويحرص على أن تكون له وحده دون غيره .

نمو مفهوم الملكية عند الطفل :

كما قلنا فإن الطفل يبدأ من نهاية السنة الأولى يتمسك بملكيته لأشيائه الخاصة به ويمنع الآخرين من أخذها منه ، وإذا حدث أن سلبه أحد شيئاً من لعبه فإنه يبكى ويضرب بيديه ورجليه محاولاً إستردادها . ومع هذا فإن حدود الملكية لا تكون واضحة لدى الطفل فى سنوات عمره الأولى ، فهو يريد أن يمتلك أى شئ يعجبه ويستعين بوالديه للحصول على الأشياء التى يحبها ولا يستطيع الحصول عليها ، فإذا كبر قليلاً وأصبح هو نفسه قادراً على أخذها فإنه لا يتردد فى ذلك إذ ليس عنده سبباً يمنعه من أن يأخذ ما يحبه . وهنا يأتى دور التربية الأسرية التى تعلم الطفل بأسلوب بسيط يستوعبه عقله الصغير بأن هناك أشياء تخصه وهناك أشياء تخص إخوته ولا يصح أن يأخذ ملابس أخيه أو أخته أو لعبهما ، وهم أيضاً لن يأخذوا منه شيئاً يخصه . وهنا تبدأ أولى دروس حدود الملكية والأمانة .

ولكى تترسخ هذه القيم فى عقل الطفل ووجدانه فيجب أن يكون له سريره ودولابه وملابسه التى لا يشاركه فيها أحد ولعبه الخاصة به . وفى نفس الوقت الذى يتعلم فيه الطفل معنى الملكية نعلمه أن هناك شيئاً اسمه الإستئذان ، فإذا أحب مثلاً أن يلعب لبعض الوقت بالقطار الخاص بأخيه الأكبر فيمكنه ذلك بعد أن يستأذن أخيه ، ثم نعلمه أن هناك شيئاً عظيماً أسمه الإيثار وذلك بأن يعطى لأخيه بعض لعبه لكى يلعب بها بعض الوقت ، وأن هناك خلقاً عظيماً أسمه الأمانة وهى تعنى عدم التعدى على

أشياء أخوته أو أبيه وأمه أو رفاقه فى اللعب ، وأن الله الذى خلقه وأحبه ومنحه والديه وكل شئ فى حياته يحب هذه الأمانة ويكره أن يأخذ أحداً شيئاً ليس من حقه وهو يراه حين يفعل ذلك حتى ولو لم يراه أحد آخر .

وهكذا تكون هناك فرصة فى سن مبكر لإرساء هذه القواعد المهمة والأصيلة بشكل مبسط فى سلوك الطفل . أما إذا فشلت هذه العملية التربوية فإننا نواجه بمشكلات كثيرة ربما يصعب حلها فى السن الأكبر .

دوافع السرقة عند الأطفال :

لكل حدث سرقة عند الأطفال دافع خاص يتوجب علينا دراسته بشكل تفصيلى، ولذلك يصبح التعميم فى هذه الحالات خطأ يؤدى إلى الفشل فى معالجة هذا السلوك بشكل صحى وفيما يلى نماذج لبعض هذه الدوافع :

١ – **الجهل بحدود الملكية :** إما بسبب صغر سن الطفل ، أو بسبب قصور فى التربية كما ذكرنا من قبل أو نتيجة ضعف فى القدرات العقلية .

٢ – **الحرمان :** وهو مرتبط بنظرية الإحتياجات التى أسلفنا الحديث عنها . ويمكن تقسيم الحرمان الدافع إلى السرقة إلى نوعين :

* **الحرمان المادى :** مثل الطفل الذى يسرق أشياء يحتاجها فمثلاً الطعام لأنه جائع أو يسرق فاكهة من الثلاجة أو من البائع لأنه يشتهيها ، أو يسرق نقوداً من حقيبة والدته لأنه لا يأخذ مصروفاً مثل باقى زملائه أو يسرق كراسة من أخيه لأنه لا يملك كراسة ووالده يرفض شراء كراسة له . وهو يحتاج لأن يكتب الواجب حتى لا يتعرض للعقاب من مدرسيه .

* **الحرمان المعنوى :** كأن يكون محروماً من الأمان بسبب إنفصال والديه ، أو محروم من الحب بسبب تفضيل الوالدين لأخيه الأصغر ، أو فتاة محرومة من الحب والتقدير بسبب أنها غير جميلة ، أو محرومة من الأم وتعيش مع أبيها وزوجة أبيها التى تسئ معاملتها . أى نوع من هذا الحرمان المعنوى ربما يؤدى بالطفل إلى السرقة وكأنه يستعيد الحب المفقود أو الأم المفقودة أو الإعتبار المفقود .

٣ – **الكراهية والإنتقام :** حين يشعر الطفل أن والديه يعاملانه بقسوة ويفضلان أحد إخوته عليه ، فإن مشاعر الغضب والإحباط والكراهية تتراكم بداخله ، وهو فى نفس الوقت لا يستطيع الإنتقام من والديه الذين يشعر بظلمهما لذلك يلجأ إلى

سرقة المال من جيوب والده أو من حقيبة أمه عقاباً لهما على ظلمهما الذى يشعر هو به . وربما تفعل ذلك فتاة فى مدرسة تشعر بالكراهية للمدرسة والمدرسين والزميلات وذلك بسبب ضعف مستواها الدراسى أو تدنى مستواها الجمالى ، حينئذ تلجأ إلى سرقة الكراسات والأقلام والنقود من حقائب زميلاتها .

٤ – **الرغبة فى الامتلاك :** وهذا يحدث فى حالة الطفل الأنانى المدلل الذى لايشبع ، فعلى الرغم من أن والديه يوفران له كل شئ إلا أنه يريد المزيد ، لذلك تمتد يديه إلى مال أبيه أو أمه أو إخوته أو زملائه .

٥ – **تغطية الشعور بالنقص :** مثل فتاة أبوها موظف بسيط قرر أن يلحقها بمدرسة لغات ، وغالبية زملائها من الطبقات الراقية ، لذلك تشعر بالدونية تجاههن من ناحية ملابسهن أو مصروفهن ،لذلك تلجأ للسرقة لتظهر أمامهن بمظهر لائق تخفى خلفه إحساسها المؤلم بالفقر والإحتياج . أو طالب يأخذ مصروفا صغيرا ويريد أن يخرج مع أصحابه للتنزه ومصروفه لن يكفى لذلك فتمتد يده للحصول على ما يسمح له بالتباهى والتفاخر أمام أصحابه وربما يبادر هو بالإنفاق عليهم من المال الذى سرقه ليعوض شعوره بالنقص بينهم خاصة إذا كان ضعيف البنيان أو يعانى من صعوبات دراسية .

٦ – **جذب الإهتمام :** مثل حالة البنت الوسطى وقبلها ثلاث أخوات وبعدها ولدين ، وهى تشعر أنها مهملة ومنسية وسط هذا العدد ، فهى جاءت وقد شبع الوالدان من البنات ثم جاء بعدها ولدين ففرح بهما أبويها وصرفا إهتمامهما نحوهما ، لذلك فهى تريد جذب إنتباه الوالدين لها حتى ولو كان عن طريق العقاب ، فهى تريد أن تكون فى دائرة وعيهما حتى ولو عن طريق السرقة التى تؤدى إلى ضربها .

٧ – **الإثارة :** بعض الأطفال وخاصة حين يقتربون من سن المراهقة يلجأون للسرقة كنوع من الإثارة والفعل الدرامى والمغامرة ، وربما يشجعهم على ذلك ما يشاهدونه فى برامج التليفزيون أو السينما من الخطط المثيرة التى يقوم بها اللصوص .

٨ – **التمرد على السلطة :** وهذا التمرد يقوم به الأطفال المتصفين بالعناد والسلوك العنيف ، فهم لديهم رغبة قوية فى الخروج على الأعراف والتقاليد والقيم ويشعرون بالإنتصار فى حالة إنتهاك حقوق الآخرين أو الخروج على القانون . وهذه الحالات ربما تكون بدايات لإضطراب الشخصية المعادى للمجتمع .

٩ – **التقليد والمسايرة :** حين ينشأ الطفل فى بيئةيجد فيها رفقاء سوء يقومون

بفعل السرقة وهناك شخص أكبر منهم يقودهم إلى هذا السلوك ويخطط لهم فإن الطفل خاصة إذا كان إعتمادياً ومسايراً لغيره – ينصاع لهذه المجموعات ، وربما يصبح عضواً فى شبكات إجرامية بسبب إستمراره فى هذا السلوك وتأثير هذه البيئة عليه .

١٠ – **هوس السرقة :** وهى حالة مرضية يسرق فيها الطفل أشياء لا يحتاجها ولا قيمة لها عنده ولكنه يسرق فى شكل نوبات ، وفى كل نوبة يشعر بتوتر شديد قبل إرتكاب فعل السرقة ولا يخف هذا التوتر إلا بعد تنفيذ السرقة ، وربما يشعر بالندم بعد ذلك ، ولكنه مع هذا يمارس هذا الفعل القهرى مرات ومرات وهذه الحالات تحتاج للعلاج الطبى والنفسى .

إعتبارات تشخيصية :

حين نواجه بحالات سرقة عند الأطفال يجب وضع العوامل التالية فى الإعتبار:

١ – عدم التسرع فى إطلاق لقب السارق على الطفل .

٢ – تقييم مستوى ذكاء الطفل ومدى معرفته بحدود الملكية .

٣ – هل فعل السرقة كان شيئاً عابراً أم سلوكاً متكرراً ؟

٤ – هل الطفل سرق تحت تأثير إحتياجات بيولوجية أو نفسية ؟

٥ – هل الطفل سرق تقليداً لأحد أو تحت تأثير توجيه من أحد ؟

٦ – ما هى الرسالة التى يريد أن يبلغها الطفل للكبار من خلال فعل السرقة ؟

عوامل وقائية لمنع سلوك السرقة :

١ – تنمية مفهوم الملكية والأمانة لدى الطفل من سن مبكر . وعلينا نحن الكبار أن نكون قدوة له فى ذلك فلا ننتهك حدود ملكية غيره تحت أى ظرف من الظروف .

٢ – إشباع الحاجات البيولوجية والنفسية بدرجات معقولة ، وذلك بتوفير المأكل والمشرب والملبس والأمان والحب والتقدير لأطفالنا ، والتأكد من وقت لآخر من أن الإشباع كافياً ومناسباً للبيئة التى يعيشون فيها .

٣ – حين يقع الطفل فى خطأ السرقة فعلى الوالدين أن يجلسا معه ويتفهما ظروف وملابسات هذا الفعل ويتفهما دوافعه لذلك ويعملان على تصحيح ما يجب

تصحيحه ، مع توضيح الأمر للطفل وإزالة الغموض الحادث فى فهمه للأمور وتعريفه بأن هذا السلوك غير مقبول دينياً وإجتماعياً وعليه أن يتفاداه بكل ما يستطيع ، وأن يطلب المساعدة ممن حوله وخصوصاً والديه عند تعريضه لمواقف صعبة تواجهه ، مع التهديد بالعقاب فى حالة تكرار السلوك ويكون العقاب مناسباً للمرحلة العمرية التى يمر بها الطفل .

٤ – عدم معايرة الطفل بفعل السرقة أمام إخوته أو أمام زملائه حتى لا يؤثر ذلك على إحترامه لذاته .

٥ – المرونة والتسامح فى حالات السرقة العارضة على إعتبار أن هذا السلوك قد مر به أغلب الناس فى سن الطفولة .

٦ – عدم الإلحاح على إعتراف الطفل بفعل السرقة فذلك ربما يدفعه للكذب فيصبح بذلك سارقاً وكاذباً وربما يستمر فى هذا السلوك فيما بعد .

٧ – نتذكر دائماً بأن الطفل لا يسرق من أحد يحبه .

العــلاج :

حين تصبح السرقة سلوكاً متكرراً أو مزمناً وفشلت جهود الوالدين لأحتوائه فهنا يجب عرض الطفل على طبيب نفسى أو أخصائى نفسى لدراسة الحالة وإكتشاف الإضطرابات المرضية أو المشكلات التربوية الكامنة خلف هذا السلوك . وربما يحتاج الأمر إلى إجراء بعض الإختبارات النفسية مثل إختبارات الذكاء والإختبارات النفسية التى تقيس درجات القلق أو الإكتئاب أو العدوان . والعلاج ربما يكون فى صورة إعطاء بعض الأدوية المناسبة أو يكون فى صورة علاج نفسى فردى أو علاج سلوكى أو علاج عائلى حسب مقتضيات الحالة .

الكـــذب

تعريفـه :

الإخبار عن الشيئ بخلاف ما هو عليه فى الواقع مع معرفة الشخص المتحدث بذلك .

وبمعنى آخر فالكذب هو عملية تزييف متعددة للواقع بقصد الغش والخداع .

ولقد قصدنا إيراد هذا التعريف لكى يسهل علينا التعريف على السلوك إن كان كذباً فعلاً أم شيئاً يشبه فى ظاهرة الكذب ولكنه فى الحقيقة شئ آخر .

- **هل الكذب سلوك فطري أم مكتسب ؟**

لا يولد أحد كذاباً ... فالكذب سلوك مكتسب كما أن الصدق أيضاً سلوك مكتسب، أى أنه أولاً وأخيراً يأتى من البيئة المحيطة بالطفل (الأسرة غالباً) .

- **هل للأسرة دور في تعليم أبنائها الكذب ؟**

بالتأكيد نعم ... والأمثلة كالتالى :

١ - إعطاء نماذج للكذب داخل الأسرة : « بابا غير موجود » ... « بابا نائم » ... « أمى لم تحضر بعد » ... « أخى ذهب إلى الدرس » ... « لقد وعدتنى بهدية حين أنجح ولم تحضرها لى يا أبى » .

٢ - الإصرار الشديد على الصدق المطلق فى كل صغيرة وكبيرة ، وهذا يضطر الطفل إلى الكذب لتفادى قسوة ومبالغة الوالدين .

- **ما هو السن الذي نستطيع أن نصف السلوك بعده أنه كذب ؟**

غالباً هو سن الخامسة ، فقبل هذا السن لا يميز الطفل كثيراً بين الحقيقة والخيال لذلك نظلمه إذا وصفناه بالكذب .

- **هل الكذب سلوك دائم أم أنه عرض طارئ يمكن تغييره ؟**

هذا يتوقف على البيئة المحيطة ، فإذا دعمت الكذب لسنوات طويلة يصبح أحد سمات الشخص الأساسية أما إذا كانت هناك محاولات جادة لتعديل هذا السلوك فى

وسط مناسب فإن هذه الصفة يمكن تغييرها .

أنـواع الكـذب :

(١) الكذب الخيالي :

وهو شائع فى الطفولة المبكرة للأسباب التالية :

* عدم قدرة الطفل فى السن المبكر (قبل الخامسة) للتفرقة بين الحقيقة والخيال .

* هناك الكثير من الألعاب التى يقوم بها الأطفال تتضمن نوعاً من التخيل والتأليف لأحداث غير حقيقة .

* التعبير عن أحلام الطفل وأمنياته فهو يتمنى أن يشترى له والده دراجة يلعب بها فيخبر أخاه بأن والده أحضر له الدراجة فعلاً وإنها موجودة فوق السطوح .

* سماع الأطفال لحكايات أسطورية وخيالية من الآباء والأمهات والأجداد (حدوتة قبل النوم) .

* ولا يجب أن نصف هذه التخيلات الطفولية بالكذب ، ولا ننزعج منها ولا نعتبرها جنوحاً أو ميلاً للكذب المرضى فيما بعد ... ولكن فقط علينا كأباء وأمهات أن نربط الطفل من آن لآخر بعالم الواقع وأن نخبره بأننا سعداء بتخيلاته ومع هذا فنحن نعلم وهو سيعلم معنا أنها نوع من اللعب والتسلية ... وأن ما يقوله الطفل ليس صدقاً وليس كذباً وإنما هو نوع من التسلية أو المداعبة .

* وفى بعض الأحيان يكون هذا التخيل بذرة لموهبة قصصية أو فنية يتعهدها الآباء والأمهات بالرعاية .

(٢) الكذب الإلتباسي :

هنا يلتبس الواقع بالحلم (سواء فى النوم أو اليقظة) فى عقل الطفل الصغير ، فيختلط هذا بذاك فى قصة بعضها حدث وبعضها لم يحدث ولكن الطفل يمزج هذا بذاك ليشكل (حدوته) منطقية يقبلها عقله الصغير فمثلاً : تذهب طفلة صغيرة إلى أمها وتحكى لها كيف أن بواب العمارة أخذ منها لعبها ونقودها وصفعها على وجهها حين كانت تلعب أمام العمارة .

* وربما تصدق الأم هذه الرواية من الطفلة خاصة وأنها تعلم أن بواب العمارة

رجل فظ ويتوقع منه أن يفعل ذلك ولكن فى الحقيقة أن الطفلة قد رأت فى منامها أن بواب العمارة قد فعل ذلك ، وبما أنها تخلف منه أيضاً فى الواقع لفظاظته لذلك قصت الحكاية لأمها على أنها حدث فعلاً ، والأم مالت لتصديقها لأن شخصية البواب يمكن أن يتوقع منها ذلك السلوك ، وهذا النوع يزول تدريجياً مع تقدم الطفل فى السن .

(٣) الكذب التعويض :

* يلجأ إليه الطفل حين يشعر بالنقص وبأنه أقل ممن حوله ، أو لكسب الإعجاب والإطراء من والديه خاصة حين يفشل فى الوصول إلى توقعاتهما فى عمل شئ معين فيلجأ إلى إختراع نجاحات كاذبة .

أمثلة لذلك :

طفل فى الصف الرابع الإبتدائى ضعيف البنية قصير القامة يعانى من إيذاء زملائه له فى المدرسة بسبب ذلك وهو حين يعود إلى البيت يحكى لأبويه كيف أنه إستطاع وحده أن يضرب سبعة من زملائه الأشرار فى الفصل حين حاولوا ضربه .

طفل فى الصف الخامس الإبتدائى فى مدرسة لغات وهو ابن لموظف صغير فى أحد الدواوين الحكومية فى حين أن معظم زملائه من أبناء الطبقة العليا فى المجتمع وقد إعتاد هذا الطفل أن يحكى لزملائه عن الأملاك التى يمتلكها والده وعن الوظائف المرموقة التى يحتلها أعمامه وأخواله فى الدولة .

فتاة فى السنة الثانية الإعدادية سمراء اللون ، نحيفه ، لها أنف طويل وعينان ضيقتان ، وقد إعتادت هذه الفتاة أن تشكو فى البيت وفى المدرسة من الصبية الأشقياء الذين يعاكسونها فى التليفون ويمشون وراءها إذا خرجت من البيت ويكتبون لها خطابات غرامية .

وهذا النوع من الكذب يحتاج للإهتمام بالطفل وتفهم إحتياجاته النفسية ومشاعر النقص والدونية عنده ومحاولة إيجاد طرق واقعية لتحقيق هذه الإحتياجات دون اللجوء للكذب ، وإلا فسيتحول هذا النوع إلى كذب مزمن وربما يتطور إلى محاولات خداع ونصب وإحتيال فى الكبر .

(٤) كذب الإستحواذ :

وهو يحدث للطفل الذى يعانى من قسوة والديه ومن إنعدام الثقة بينه وبينهما

ومن حرمانه من أشياء كثيرة يرغب فى إمتلاكها لذلك يلجأ للكذب للحصول على أشياء كثيرة فمثلاً يخبرهم بأن المدرس طلب منه مبلغ خمسة جنيهات لتجميل الفصل، أو أن مدرب كرة القدم طلب عشرين جنيهاً لإعطائه تدريبات إضافية أو تأتى فتاة لتقول أن مديرة المدرسة طلبت من كل الطالبات أن يشترين حذاءاً أسود بمواصفات معينة (ترغب فيها الفتاة) .

فالطفل حين يفقد الثقة فى البيئة المحيطة به ويشعر بالحرمان ربما يميل إلى هذا النوع من الكذب لإمتلاك أكبر قدر من الأشياء التى يرغب فيها .

وهذا النوع من الكذب يحتاج للإقتراب وجدانياً من الطفل وإشعاره بالثقة والأمان وتفهم إحتياجات حتى لا يضطر للإحتيال للحصول عليها .

(٥) كذب المحاكاة (التقليد) :

حيث يقلد الطفل أحد والديه فى المبالغة عند الحديث ، فمثلاً نجد الأب يصف حادث سيارة فيبالغ بشكل درامى فى وصف الأهوال التى رآها فى هذا الحادث ويبالغ فى وصف دوره البطولى فى إنقاذ المصابين ، وكيف أنه استطاع أن يمنع كارثة محققة بسلوكه الشجاع علماً بأن الطفل كان حاضراً لهذا الحادث ورأى أن والده لم يكن له مثل هذا الدور فى الحادث .

أو يكذب الأطفال لأنهم إعتادوا أن الكذب سلوك مقبول فى الأسرة فمثلاً تأخذ الأم طفلها على أنهما ذاهبين لفسحة ثم يكتشف أنها خدعته وأخذته لطبيب الأسنان أو وعده الأب بشراء هدية ولم يفى بوعده .

(٦) الكذب لجذب الإنتباه :

هذا النوع يلجأ إليه نوعان من الأطفال :

– الطفل الأنانى المدلل الذى يريد أن يظل موضع إهتمام والديه طول الوقت ، لذلك فهو يكذب لجذب إنتباههما حتى ولو كان سيؤدى إلى غضبهما منه ، فالمهم أن يكون موضوع الإهتمام .

– الطفل المهمل المنبوذ الذى يريد أن يحصل على انتباه والديه الغافلين عنه نظراً لإنشغالهم بإخوته أو بمشاكلهم اليومية ، فلا يجد وسيلة فى نظره إلا الكذب لإحداث حالة من التوتر تعيد إليه إهتمام والديه .

(٧) كذب الكراهية والإنتقام :

الدافع إلى هذا النوع من الكذب هو مشاعر الحقد والغيرة والكراهية والرغبة فى الإنتقام ، وهذا النوع شائع بين الأخوة فى الأسرة حيث يأتى طفل إلى أبيه (أو أمه) ويشتكى إليه بأن أخيه إعتاد أن يسرق نقوداً من حقيبة أمه ، أو تأتى فتاة وتحكى لأمها كيف أن أخيها الذى يكبرها يعاكس الفتيات فى الشارع .

ويحدث أيضاً فى المدارس فمثلاً تتهم فتاة زميلها الذى تكرهه بأنه حاول معاكستها وهى فى الحقيقة تكرهه لعدم إهتمامه بها أو تجاهله إياها وربما تدعى كذباً بأنه أرسل لها خطابات غرامية وغالبا يكون هذا النوع من الكذب بسبب إحساس الطفل أنه مظلوم من والديه أو مدرسيه أو لغيرته من أقرانه وإحساسه بأنه أقل منهم حظاً وإهتماماً .

* وهذا النوع من الكذب يحدث مشاكل كثيرة داخل الأسرة وداخل المجتمع ويؤدى إلى توقيع عقوبات على أشخاص أبرياء ، ولذلك يجب الإنتباه له ومعالجته فى نطاق الأسرة والمدرسة إن أمكن بتفهم دوافعه وإذا فشل ذلك فيجب إحالة الطفل أو الطفلة إلى أخصائى نفسى أو طبيب نفسى .

(٨) كذب الخوف من العقاب (الكذب الدفاعي) :

هذا النوع من الكذب يشكل حوالى ٧٠٪ من الكذب عند الأطفال خاصة فوق سن السادسة وهو بذلك يعتبر من أكثر أنواع الكذب شيوعاً .

وهو يحدث حين يسود نظام عقابى صارم وشديد فى الأسرة أو المدرسة أو المجتمع ، فيلجأ الطفل إلى الكذب خوفا من التعرض للعقاب ، وربما يلقى بالتهمة الموجهة إليه إلى شخص آخر برئ فيصبح الكذب مزدوجاً حيث ينفى التهمة عن نفسه (كمرحلة أولى للكذب) ثم يلصقها بشخص برئ (كمرحلة ثانية للكذب) .

وهناك آباء وأمهات يضربون أبناءهم ضرباً مبرحا لكى يقولوا الحقيقة ، وهم بذلك يدفعونهم دفعاً للكذب حيث يضطر الطفل إلى أن يقول ما يريد الأبوين سماعه للتخلص من هذا الضرب الشديد الواقع عليه وهذا النوع لكى يعالج يحتاج إلى بيئة تتسم بالتفاهم والتقبل لزلات الطفل وأخطائه ومساعدته على تصحيحها بوسائل تربوية إيجابية دون اللجوء إلى العقاب الشديد كحل طول الوقت .

(٩) الكذب لمقاومة السلطة :

ويلجأ إليه الطفل حين يعيش تحت سلطة والديه قاسية ومتسلطة فأبواه يرسمان له طريقاً للدراسة والتعامل مع الحياة ، وليس مسموحاً له أن يكون له أى خيارات ذاتية، لذلك فهو يطيعهما فى الظاهر ويفعل ما يريد خلف ظهرهما ويملأ الفجوة بين الظاهر والباطن بأكاذيب يخترعها . فمثلاً تسأله أمه عن الواجبات المدرسية فيقول لها أن المدرس كان غائباً ولم يعطنا واجبات ، وحين تسأله عن درجة إمتحان الشهر يعطيها الشهادة وقد قام بتغيير الدرجات بقلمه حتى تقترب من الدرجات النهائية التى تريدها الأم .

والعلاج فى هذه الحالة يتطلب تغييرا فى الوالدين قبل الطفل بحيث لا يلغيان شخصية الطفل وخياراته الذاتية ويعطيانه فرصة لكى يكون هو نفسه ويتقبلان صعوباته بشكل واقعى .

(١٠) الكذب الإجتماعي :

ويستخدمه الأطفال والبالغون على السواء للإعتذار عن موعد أو الإحتراس من بعض الضغوط الإجتماعية . وليس بالضرورة أن يكون الكذب الإجتماعى صفة لازمة للشخص .

(١١) الكذب المرضي (المزمن) :

وهو الكذب المتعمد المزمن حيث يجد الطفل نفسه مدفوعاً إلى الكذب لا شعورياً فيكذب فى أغلب المواقف بحيث يصبح الكذب أحد سماته البارزة التى يشتهر بها بين من يعرفونه والكذب هنا يكون جزءاً من منظومة سلوكية مضطربة مثل السرقة والهروب من البيت أو المدرسة أو المراوغة والغش والإحتيال والعنف .

وهذه الحالة تحتاج لعلاج نفسى وإجتماعى متخصص قبل أن تتحول هذه المنظومة السلوكية المضطربة إلى سلوك إجرامى للمجتمع .

علاج الكذب عند الأطفال :

عند التفكير فى العلاج يجب ملاحظة التالى :

* سن الطفل : فقبل سن الخامسة تكون الإحتمالات بريئة وليست كذباً بالمعنى المعروف .

* هل الكذب صفة لازمة أو سلوك عارض ؟

* ما هى دوافع هذا الكذب وملابساته ؟

* ما هو نوع الكذب ؟

* هل الكذب عرضا منفرداً لدى الطفل ؟ أم أنه جزء من تركيبة سلوكية مضطربة ؟

* العقاب لا يجدى كثيراً فى علاج الكذب ... كما أن التشهير بالطفل أمام العائلة وأمام الأصدقاء يجعله يتمادى فى كذبه كما يؤثر ذلك سلباً فى شخصيته .

* علينا أن ننظر فى المصادر الأصلية للكذب فى البيئة والتى منها إستقى الطفل هذه السلوك ، بمعنى أن ننقى الجو المحيط بالطفل من كل مظاهر الكذب فى الكلمة وفى السلوك . وهذا يستدعى شجاعة من الوالدين فى مواجهة كذبهما الشخصى أولاً ليكونا بحق قدوة حسنة لطفلهما فكما تعلم منهما الكذب يتعلم منهما الصدق .

* دراسة إحتياجات الطفل المحيطة كالحاجة للحب والتقدير والحاجة للأمان ، لأن عدم إشباع هذه الحاجات ربما يدفعه للكذب إنتقاماً أو هرباً أو تعويضاً .

* إتاحة الفرصة للطفل للتعبير عن نفسه دون قهر أو خوف حيث أن القهر والخوف يدفعانه دفعاً إلى الكذب .

* تحمل أخطاء الطفل وزلاته والتسامح معه كلما أمكن ذلك دون الوقوع فى خطأ التدليل المفسد أو التساهل .

* الوفاء بوعودنا التى نقطعها مع الطفل وإعلان قيمة الصدق فى الأسرة .

* يجب أن نعلم أن أضعف الوسائل الإصلاحية فى هذه الحالات هى العقاب والنصح اللفظى .

الطفل العنيــــد

(إضطراب العناد الشارد)

Oppositional Defiant Disorder

طفل فى العاشرة من عمره أحضرته أمه للعيادة وهى تشكو منه بمرارة لأنه كثير الجدال فى كل شئ لا يترك كلمة إلا ويعلق عليها بشكل عكسى ، وهو مستفز بشكل دائم ، ولديه رغبة فى مخالفة كل النصائح والتعليمات التى يتلقاها من الأب أو الأم فمثلاً حين ينزلون إلى الشارع ويمشون على الرصيف يصمم هو أن يمشى فى نهر الطريق ويصبح معرضاً لأن تضربه السيارات المسرعة ومع هذا لا يستجيب لإستغاثات أبويه فهو دائماً فى حالة تحدى وخروج عن الطاعة وعن الخط العام للأسرة . أما فى المدرسة فقد إشتكى منه كل المدرسون فهو يصر أن يجلس على كرسيه فى وضع معكوس بحيث يعطى ظهره للمدرس ، ويرفض الإجابة على الأسئلة رغم أنه شديد الذكاء ويرفض عمل الواجبات المدرسية .

وهو فوق ذلك كثير اللوم لمن حوله ويحملهم مسئولية مشاكله ويصفهم بأوصاف رديئة ، ولديه الكثير من مشاعر الغضب والكره والجحود لمن حوله .

هذا مثال لحالة تسمى العناد الشارد وهونمط ثابت من السلبية والعدائية والسلوك الشارد ولكن دون إنتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين أو للقيم الإجتماعية وهذا ما يفرقه عن إضطراب السلوك .

معدل إنتشاره :

إن درجات خفيفة من العناد والسلبية يمكن قبولها فى مراحل النمو المبكرة لدى الأطفال عموماً ، فالطفل يريد أن يشعر أنه شخص له كيان وذات مستقلة عن الكبار وإرادة مستقلة غير إرادة الكبار ، وهذا يكسبه صفات الفردية والشجاعة والإستقلال وفيما يلى بعض العوامل التى تساعد على ظهور هذا السلوك وإستمراره .

١ – بعض الأطفال يكونون بحكم تركيبهم الفسيولوجى والنفسى أكثر ميلاً نحو الإرادة القوية ، وتأكيد الذات والتصميم على الخيارات الشخصية . فإذا كان

الأبوين يصران على السلطة والسيطرة وخاصة إذا كان يخدم إحتياجات ذاتية لديهما فهنا يحدث الصراع بين إرادة الطفل وإرادة الوالدين وينشأ السلوك العنيد .

٢ – إذا تعرض الطفل فى طفولته المتأخرة لصدمات من البيئة التى يعيش فيها أو مرض أو إعاقة مزمنة فإن ذلك يمكن أن يشكل بداية للسلوك العنيد كنوع من الدفاع ضد قلة الحيلة والقلق وفقدان تقدير الذات .

٣ – وتعزو المدرسة التحليلية السلوك العنيد إلى صراعات لم تحل فى المرحلة الشرجية للنمو النفسى .

٤ – أما المدرسة السلوكية فتعتقد أن السلوك العنيد هو سلوك مكتسب يتعلمه الطفل أثناء تعامله مع الآخرين ويتم تعزيزه مع الوقت ، ومن خلال هذا السلوك يسيطر الطفل على رموز السلطة فى حياته وذلك بإظهار حالات غضب وهياج كلما طلبوا منه عمل شئ ، وبذلك يتجنب الوالدين طلب أى شئ منه خوفاً من تفجر ثورته ، وبالتالى يعرف الطفل أنه حقق مكسباً من هذا السلوك فيتمادى فيه . يضاف إلى ذلك أن سلوك العناد يجعل الطفل العنيد محل إهتمام وحيرة الوالدين وهذا ما يريده أى طفل .

٥ – أو يكون الطفل غير مرغوب فيه كأن يأتى بعد أطفال كثيرين قبله ، أو تأتى بنت بعد بنات قبلها فى حين كان الوالدين يرغبان فى مولود ذكر ... وهكذا ، فيشعر الطفل أنه منبوذ أو الأقل غير مستحب فيحاول إثبات وجوده بالعناد والمخالفة وفى نفس الوقت يعاقب والديه اللذان يرفضان وجوده (ولو على مستوى اللاشعور) .

٦ – إضطراب المزاج لدى الطفل .

٧ – ويمكن أن يكون العناد دفاعاً ضد الإعتمادية الزائدة على الأم وخاصة فى الطفل المدلل أو الوحيد ، حيث يريد من خلال عناده أن يقول ، أنا هنا ، ، ، أنا كيان مستقل ، ، ، أنا رجل ، .

الخصائص التشخيصية (كما وردت في دليل التشخيص والإحصاء الرابع DSM-IV)

نمط من السلبية والعدوانية والسلوك الشارد لمدة لا تقل عن ٦ شهور ويوجد أثناؤها أربعة أو أكثر من الخصائص التالية :

١ – غالباً يفقد مزاجه (ينفجر غاضباً) .

٢ - غالباً يجادل مع الكبار .

٣ - يتحدى ويرفض أوامر الآخرين بشكل دائم .

* - يغلب فى تصرفاته تعمد فعل الأشياء التى تضايق الآخرين .

٥ - غالباً يلوم الآخرين على أخطائه هو .

٦ - غالباً ما يستفز الآخرين ويضايقهم .

٧ - كثيراً ما يغضب ويعاند .

٨ - غالباً حقود ومحب للإنتقام .

٩ - كثيراً ما يحلف أو يستخدم ألفاظاً سوقية .

* وهذا الإضطراب يسبب خللا إكلينيكياً واضحاً فى النواحى الإجتماعية أو الدراسية أو الوظيفية .

* لا يحدث الإضطراب خلال مسار إضطراب ذهانى أو إضطراب وجدانى .

* لا تتفق هذه الخصائص مع خصائص إضطراب السلوك ، وإذا بلغ الشخص الثامنة عشرة من عمره فإن هذه الخصائص لا تتفق مع إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

* ويتميز العناد الشارد حسب شدته إلى :

وبمرور الوقت وبالتعامل الحكيم مع الكبار يصبح طفلاً أكثر أطمئناناً على ذاته وعلى إستقلاله وعلى إرادته ، ويتعلم أن العناد ليس هو الأسلوب الأمثل للتعايش مع الكبار ، وأن التعاون والأخذ والعطاء يجعله فى وضع أفضل فى الحياة .

وتوضح الدراسات الإنتشارية أن سمات العناد والسلبية بدرجاتها المختلفة تبلغ ١٦-٢٢٪ فى أطفال المدارس . وعلى الرغم من أن هذا السلوك يمكن أن يبدأ مبكراً فى سن الثالثة من العمر إلا أنه غالباً ما يتضح فى سن الثامنة .

ويكثر هذا الإضطراب فى الذكور أكثر من الإناث قبل البلوغ أما بعد البلوغ فيتساوى الجنسين .

بعض السمات الشائعة في أسرة الطفل العنيد :

لقد وجد أن آباء هؤلاء الأطفال (كلهم تقريبا) يعطون إهتماماً زائداً بالسلطة والسيطرة والذاتية ، وبعض الأسر يوجد بها أكثر من طفل عنيد وكأن هناك ظروفاً مشتركة تنتج هذا السلوك فى الأسرة .

وتتسم الأمهات بأنهن مكتئبات مرهقات لا يملكن القدرة على الحوار الهادئ ويردن أن تنفذ أوامرهن دون نقاش ، أما الآباء فلديهم سمات العدوان السلبى والمكايدة فهم يجعلون من يتعامل معهم فى حالة غيظ وغضب على الرغم من هدوئهم الظاهر.

العوامل المسببة :

هناك مرحلتان من مراحل النمو يظهر فيها سلوك العناد والمخالفة كعلامات للنمو الطبيعى حين تكون فى حدودها المعقولة ، المرحلة الأولى هى سن ١٨ - ٢٤ شهراً حين يبدأ الصراع بين الطفل والأم حول عملية ضبط التبرز بالإضافة إلى بداية محاولات الطفل الإعتماد على نفسه فى تناول الطعام أو اللعب ، أما المرحلة الثانية فهى فترة المراهقة حين يبدأ المراهق فى تأكيد ذاته وإستقلاله عن الأسرة وتظهر خياراته المختلفة عن خيارات الوالدين . فإذا كانت إستجابات الوالدين لهذه المراحل التطورية هادئة ومتفهمة فإن الأمور تسير بسلام وتخف حدة السلوك العنيد شيئاً فشيئاً مع الوقت ، أما إذا كانت الإستجابة غاضبة وعنيفة ومبالغ فيها هنا فقط تظهر الدرجات المرضية من العناد والمشاكسه .

١ - خفيف : حيث تكون الأعراض قليلة تفى بالتشخيص ، والإعاقة الناشئة عن الإضطراب قليلة .

٢ - متوسط : وهى الوسط بين الشديد والخفيف من حيث درجة الإضطراب والإعاقة .

٣ - شديد : حيث توجد أعراض عديدة والإعاقة مشوهة لأدائه الإجتماعى والمدرسى مع الرفاق والكبار .

التشخيص الفارق :

يجب تفرقة إضطراب العناد الشارد من الحالات التالية :

١ - العناد والسلبية فى مراحل النمو مثل بداية المراهقة وهى صفات تكون فى حدود معقولة وتزول أو تخف حدتها مع الوقت .

٢ - العناد الذى يحدث فى فترات الضغوط النفسية كجزء من إضطراب

التوافق .

٣ – إضطراب السلوك ، ويميزه وجود إنتهاك لحقوق الآخرين أو للقيم الإجتماعية .

٤ – الإضطرابات الذهانية مثل الفصام .

٥ – الإضطرابات الوجدانية .

المسار والمآل :

يعتمد المسار والمآل فى هذا الإضطراب على عوامل كثيرة منها شدة الإضطراب وثباته مع الوقت ووجود إضطرابات نفسية أخرى مثل إضطراب السلوك أو الصعوبات التعليمية أو إضطرابات المزاج أو تعاطى العقاقير ، كما يعتمد أيضاً على ثبات الأسرة وتكيفها .

وعموماً فإن ٢٥ ٪ من هؤلاء المرضى يتحسنون بعد عدة سنوات ، أما الباقين (٧٥ ٪) فإن بعضهم يبقى على عناده كما هو وبعضهم يتحول إلى إضطراب السلوك ومما يعزز المآل المتدهور وجود إضطرابات نفسية فى الوالدين مثل إضطراب الشخصية أو سوء إستعمال العقاقير أو إضطراب الجو الأسرى عموماً .

العلاج :

غالباً ما يأتى الوالدين بالطفل أو المراهق يطالبون علاجه من العناد بمعنى تليين رأسه الحديدية وترويضه حتى ينصاع لأوامرهما . هذا هو هدف الوالدين من العلاج سواء أعلنوه أو لم يعلنوه ، ولو حدث أن سار المعالج فى نفس الطريق فسيجد نفسه قد وصل بعد قليل إلى طريق مسدود حيث سيتحول هو الآخر إلى سلطة قاهرة وغير منطقية فى نظر الطفل أو المراهق وبذلك تزداد دفاعات الأخير ويتمسك بعناده الذى يحميه – فى نظره – من محاولات الإلغاء والإختراق بواسطة الكبار المستبدين . وعلى الجانب الآخر يمكن أن يتعاطف المعالج مع الطفل العنيد ضد تسلط الوالدين أو عدوانهما السلبى فيصبح عدوانياً هو الآخر تجاه الوالدين فيصل إلى طريق مسدود معهما ويتوقف العلاج .

إذن فالمعالج فى مثل هذه المواقف يحتاج إلى حكمة بالغة وإلى مراعاة التوازن والموضوعية دون اتهام أحد الطرفين بالتقصير أو العدوان فكلاهما (الطفل والوالدين)

يحتاج للمساعدة .

ومن الخطأ أن يعمل المعالج مع الطفل فقط ويستبعد الوالدين من العملية العلاجية أو العكس ، بل الوضع الصحيح هو العمل معهم جميعاً بالتوازن فى المراحل الأولى ثم العمل معهم بالتلاقى (جلسات علاج أسرى) فى المراحل التالية .

وفيما يلى نورد الوسائل والإتجاهات العلاجية المستخدمة فى مثل هذه الحالات:

١ - العلاج النفسى الفردى :

غالباً ما تكون العلاقة بين الطفل ووالديه أو مدرسيه قد وصلت إلى طريق مسدود لذلك يصبح من المفيد دخول طرف آخر محايد وموضوعى ومنطقى ومتقبل . وهذا هو دور المعالج النفسى الذى يعقد مع الطفل عدة جلسات نفسية فردية ولا يسمح للوالدين بتوجيه هذه الجلسات حسب ما يرون أو التحكم فيها لأن هذا لو حدث فإن المعالج سيصبح فى نظر الطفل العنيد عميلاً لوالديه ولن يستطيع أن يثق به أو يتعاون معه . إذن فأهم خطوة فى العلاج أن يكتسب المعالج ثقة الطفل ويعطيه الأمان الحقيقى على ذاته وعلى إرادته وعلى أسراره ، وأن يسمعه طويلاً ويحترم وجهة نظره وخياراته حتى لو لم يتفق معه فيها . والمعالج فى علاقته بالطفل يعطى نموذجاً لشخص من الكبار ولكنه مختلف من حيث أنه متقبل للطفل ومتسامح معه ومحب له ويرغب فى مساعدته ولا يهمه التحكم فى آرائه وخياراته ولا يسعى لإلغاء إرادته . فى هذا الجو يشعر الطفل بالأمان على ذاته وعلى خياراته ويكشف أن هناك كباراً يمكن الوثوق بهم والتعاون معهم ، وهو لن يصل إلى ذلك بسهولة ولكن بعد محاولات عديدة لإختبار صدق وصبر وسماح ومعونة المعالج ، وحين يصل إلى درجة الإطمئنان له يصبح المعالج صورة جديرة بالتقمص والتقليد بوعى أو بدون وعى من الطفل . وفى هذا الوضع الجديد يكتشف الطفل أن صلابة الرأى بالحق أو بالباطل ليست فضيلة فى كل الأحوال وأن المرونة تعطى فرصة للأخذ والعطاء وأن التفكير المنطقى قبل الرفض أو القبول يجعل الحياة مع الآخرين أسهل وأفضل .

ومن علامات نجاح العلاج النفسى الفردى أن يبدأ الطفل فى التعلق بالمعالج فهو ينتظر موعد الجلسة ويذكر والديه بها بعد أن كان يرفض الحضور فى البداية .

والمعالج هنا ذو نفس طويل لا يسعى إلى تحقيق تغيرات سطحية فى الطفل وإنما يسعى إلى تعليمه مهارات جيدة فى التفكير والتواصل والتعامل تنمو مع الطفل طوال

عمره والمعالج ليس عميلاً للوالدين وليس عدواً لهما فى ذات الوقت .

٢ - العلاج السلوكي :

كما أسلفنا من قبل فإن العناد سلوك مكتسب قد تم تدعيمه وترسيْخه دون وعى من الأسرة أو من البيئة المحيطة بالطفل . لذلك فالعلاج فى نظر أصحاب المدرسة السلوكية هو إعادة عملية التربية للطفل فى ظروف مختلفة طبقاً لمبدأ الثواب والعقاب بحيث يدرب الأبوين على تشجيع وتدعيم الإستجابات الجيدة من الطفل وإهمال الإستجابات السيئة أو توقيع العقاب عند حدوثها ، وبذلك تحدث إرتباطات شرطية جديدة تعطى فرصة لنمو السلوكيات المرغوبة . وهذا العلاج يحتاج لتدريب خاص للوالدين وربما يحتاج لأن يقضى الطفل بعض الوقت فى وسط علاجى مناسب بعيداً عن بيئته الأسرية لكى يتعلم أنماطاً سلوكية جديدة فى ظروف أفضل .

٣ - الإرشاد الأسري :

وهو نوع من التعليم والتوجيه للوالدين فيما يخص أسباب العناد عند الطفل وطرق التعامل الصحيحة ، وهو يفيد إذا كان الوالدين مثقفين ولديهما المرونة الكافية لتقبل فكرة أن هناك خطأ ما قد حدث فى تربية الطفل وهذا الخطأ يمكن تصحيحه ببعض التعديلات فى العلاقات داخل الأسرة . وعلى المعالج أن يكون حكيماً بالقدر الكافى فلا يوجه اللوم إلى الوالدين أو يتهمهما بالجهل أو بالتقصير (سواء بشكل مباشر أو غير مباشر) حتى لايستثير دفاعاتهما حيث أننا كبشر يصعب علينا تقبل أننا مخطئين وأننا آباء أو أمهات سيئين أو فاشلين ، وإنما يمكن أن نتقبل أن شيئاً ما – غالباً غير مقصود – قد حدث أدى إلى إنحراف فى السلوك وهذا الشئ يمكن تداركه .

٤ - العلاج الأسري :

وهو وسيلة أعمق من الإرشاد الأسرى ، ويلجأ إليه المعالج حين يلاحظ أن أحد الوالدين أو كليهما على درجة شديدة من الصلابة فى الرأى ولديه ميول نحو التسلط والتحكم فى الآخرين (بما فيهم المعالج نفسه) ولديه مقاومة شديدة للتغيير ولديه مساحة هائلة من الإنكار والعمى النفسى حيث يرى أن المشكلة كلها فى الطفل وعلى المعالج أن يروضه ويعلمه الإنصياع لأوامر الكبار الذين يعرفون كل شئ ، وهذان الوالدان (أو أحدهما) ربما يحاولان إستخدام المعالج بطريقتهما حيث يطلبان منه أن يقول للطفل كذا وكذا ، أو أن يأمره أن يشرب كوب اللبن فى الصباح وأن يلبس الحذاء الأسود حين يذهب إلى المدرسة وأن ينام الساعة العاشرة . وسوف يلاحظ المعالج أنه

يجد صعوبة فى إحداث تغيير فى هذين الوالدين ، ففى رأيهما أنه لا توجد لديهما مشكلة على الإطلاق وإنما المشكلة تكمن بالكامل فى هذا الطفل المشاكس العنيد وأن المعالج عليه أن يبذل كل جهده مع الطفل (فقط) لتليين رأسه .

هذان الوالدان لن يقبلا فكرة الخضوع للعلاج على أنهما يحتاجان لذلك العلاج، وإنما يمكن أن يفكرا فى ذلك على أنه جزء من حل مشكلة العناد لدى الطفل ، وعلى المعالج أن يتجنب الإصطدام بدفاعاتهما وأن يتجنب الهجوم عليهما أو الإنتقاص من كفاءتهما كأبوين ، وإنما يبدأ فى الإقتراب الهادئ منهما ومن طرق التعامل بينهما وبين الطفل طارحاً خيارات أخري أمامهما ويعطيهما الفرصة للقبول أو الرفض حيث أن ما يطرحه مجرد مقترحات وليست أوامر .

وفى نفس الوقت يشجع وينمى أى بادرة إيجابية تظهر منهما نحو الطفل ويربط بينها وبين التغير الحادث فى سلوك الطفل مما يعطيهما إحساساً بالفخر على أنهما يلعبان دوراً مهماً فى التغيير وربما يحتاج أحد الوالدين جلسات منفردة لإعطائه الفرصة للتعبير عن نفسه وعن صعوباته بعيداً عن تأثير الطرف الأخر . وشيئاً فشيئاً يحدث التغيير العلاجى المطلوب ويكون مواكباً للتغيير الحادث فى الطفل نتيجة العلاج النفسى الفردى للطفل وحينئذ يمكن عمل جلسات أسرية تضم الوالدين والطفل معاً بعد التغيير لكى يمارس الجميع أساليب جديدة فى التواصل والتعامل ، ولكى يرى المعالج المشكلات التى مازالت قائمة فى العلاقات البينية .

وسيعرف الوالدان ويقتنعان مع الوقت أن إرغام الطفل على الطاعة ليس فضيلة، بل إن المرونة والسماح والتقبل والأخذ والعطاء والتربية الاستقلالية فى جو يسوده الحب والدفء العاطفى يحول بين الأطفال والعناد المرضى .. أما العناد البسيط فيجب أن نقصر الطرف عنه ونستجيب فيه لرغبات الطفل مادام هذا لن يضره وكانت رغباته فى حدود المعقول . وهذا الموقف الأخير ربما يعطى للطفل نموذجاً للمرونة فى التعامل . فالإنسان ليس قطار مندفع فى اتجاه واحد أو قطعة من الحديد مثبتة فى الأرض وإنما هو كائن مفكر ومرن يتقدم حين يكون التقدم مطلوباً ويتراجع حين يكون التراجع أفضل ، وهذه هى الخلاصة التى يصل إليها الجميع من خلال التفاعل فى الجلسات النفسية ، وبذلك يتخلي الطفل ووالديه عن صراع الرؤوس الحديدية .

٥ - العلاج بالعقاقير :

هل هناك عقاقير يمكن أن تلين الرؤوس الصلبة العنيدة للأطفال المشاكسين ؟

بالطبع هناك الكثير من الأباء والأمهات يتمنون وجود هذه العقاقير السحرية التى تجعل من أبنائهم أطفالاً طيبين مطيعين للأوامر .. ولكن من حسن الحظ أن هذه العقاقير غير موجودة وإلا لتوقفت الحضارة الإنسانية وأصبح الأبناء صوراً طبق الأصل من الأباء وأصبحت الأجيال نماذج مكررة .

ولكن هناك فى الواقع عقاقير تلطف من حدة المشاعر العدوانية مثل (الهالوبيريدول) ، (الريسبيريدون) وهناك عقاقير تخفف من حدة التقلبات المزاجية مثل (الليثيوم) و (الكاربامازيبن) ، (الصوديوم فالبروات) وهناك عقاقير تخفف من القلق والإكتئاب مثل مضادات الإكتئاب ومضادات القلق .

وحين نكتشف أن الطفل العنيد لديه مشاعر عدوانية أو تقلبات مزاجية أو اكتئاب أو قلق (وكثيراً ما توجد هذه الأشياء فعلاً فى الطفل العنيد) فإن إعطاء الدواء المناسب يساعد فى تخفيف العناد بدرجة ملحوظة تساعد على استكمال العلاج النفسى المطلوب .

٦ - العلاج الديني :

حين ينشأ الطفل على فكرة وجود إله خالق ورازق ومحب وودود ، وأن هذا الإله العظيم يستحق الطاعة لأوامره وأن هذه الطاعة ترفع من قدر الإنسان ، حينئذ يتعلم درساً مهماً فى الطاعة الإيجابية لمن يستحقها ويساعده ذلك على الإمتثال لأشياء ربما تكون مصدر صراع بينه وبين والديه كأداء الصلاة مثلاً ، فحين يعلم أنه يؤدى الصلاة طاعة لله الذى يحبه ربما تخف حدة هذا الصراع ، أما إذا نظر إلي الأمر علي أنه تحكم من والديه فربما يرفض أداء الصـــلاة ليس كرهاً لها وإنما كرهاً لأوامر والديه .

وإذا تعلم الطفل أن والديه يطيعان الله ويمتثلان لإرادته ومشيئته فهذا يعلمه أن الطاعة والإمتثال حين يكونان فى محلهما فهما فضائل عظيمة .

وإذا تعلم أن هناك إطاراً مرجعياً (النصوص الدينية وتفسيراتها) يرجع إليه الجميع (بما فيهم هو وأبويه) فإن ذلك يخفف من حدة الصراع الشخصى ويعيد الأمر إلى جذوره الموضوعية المحايدة .

وعلي الجانب الآخر نجد بعض الآباء والأمهات يسيئون إستخدام الجانب الدينى فى التربية فيعطيان الطفل صورة مخيفة للإله علي أنه قاهر وجبار ويعذب بالنار على أى خطأ (اللى يكذب هايروح النار ... اللى يغلط هايروح النار ... واللى ميسمعش

كلام أبوه وأمه هايروح النار ... واللى يشتم هايروح النار ... هكذا) .

وبذلك تتكون فى نفس الطفل صورة مخيفة لهذا الإله ويبدأ فى التمرد والعصيان فنجده يتهرب من الصلاة ومن أداء العبادات بصورة عامة وينفر من كل الرموز الدينية .

وتتعمق هذه الصورة السلبية حين يريد الأب أن يتسلط على ابنه أو يقهره باسم الدين وهذا وضع شديد التعقيد يستلزم جهوداً كبيرة من المعالج لفك هذا الإشتباك المعقد المرتبط بمعتقدات راسخة لدى الوالدين تحتاج لتصحيح أو تعديل .

فالطفل فى النهاية يطيع من يحب فإذا أحب الأب أحب من خلاله الرب وإذا تعلم طاعة الرب فإنه يتقبل عن طواعية طاعة الأب ،ولكى يحدث هذا يجب أن تصل إليه صورة الإله صحيحة ومنطقية ومحبوبة وأن يرى فى أبيه نموذجاً لهذه الصفات المحبوبة يقربه من نموذج الإله العظيم .

التـــأديب

تعريفــه :

التـأديب هو أى تدخل من الكبـار (الوالدين ، الأخـوة الأكـبـر ، المدرسين ، المرشدين الدينيين ... إلخ) لتعديل سلوك الطفل .

- **إتجاهات المربيين نحوه :**

هناك إتجاهات متباينة نحو عملية التأديب نورد بعضاً منها :

١ - **التسـاهل :** حيث يميل المربى إلى أن يكون الطفل فى مناخ حـر تمامـاً يفعل مـا يريد بشكل تلقائى ويتعلم من الحياة نفسها دون تدخل مباشر من الكبار . وغالباً ما يكون ذلك رد فعل لتربية قاسية عانى منها المربى لذلك فهو يفعل عكسها والمشكلة فى هذا النوع من التـربيـة أن الطفل ينشـأ وليس لديه إحـسـاس بالحـدود والضوابط والإلتزامات فيعانى كثيراً حين يكبر .

٢ - **الضبط الصـارم :** وهو عكس الأسلوب السابق حيث تكون هنا القواعد واضحة وشديدة وعلى الطفل أن يلتزم بها طول الوقت . وعيب هذه الطريقة أنها تلغى تلقائية الطفل وحرية تفكيره .

٣ - **التقلب :** وهنا ترتبط الأساليب التربوية بالحالة المزاجيـة للمربى (أو المربيـة) فمثلاً إذا كان الأب فى حالة سرور وسعادة فإنه يتعامل بلطف وحنان مع تصرفات الطفل ... أما إذا كان متوتراً أو حزيناً فإنه ربما يصفع الطفل على وجهه بشدة على سلوك كان يضحك له فى وقت آخر وهذا النوع أخطر من سابقيه لأنه يدع الطفل فى حيرة شديدة ويهز الثوابت لديه .

٤ - التربيـة المتوازنة : وهى التى تعطى فرصة لتلقائيـة الطفل وفى ذات الوقت تزوده بمعرفة إتباع الضوابط الإجتماعية ، وتعطيه الحرية وتعلمه إحترام حرية الآخرين وإحتياجاتهم ، وتهتم بإحتياجاته الجسمية والنفسية والإجتماعية والروحية فى

ذات الوقت .

القواعد الأساسية للتربية الصحية :

١ - **القاعدة الأولى : الثبات والإتساق :** فالمربى يشجع الصدق والأمانة مثلا فى كل الأوقات وفى كل المواقف ، وهو نفسه يلتزم بهما كسلوك ، فلا تناقضات ولا تقلبات .

٢ - **القاعدة الثانية : الفهم :** أى الطفل يجب أن يفهم بشكل بسيط لماذا يرفض أبيه أن يأخذه معه إلى العمل وأن تفهم الطفلة لماذا لا تشترى لها أمها هذه اللعبة الآن .

٣ - **القاعدة الثالثة : الإنتقال التدريجى من مبدأ اللذة إلى مبدأ الواقع :** فالطفل يعيش على مبدأ اللذة (أريد ما أحبه الآن بصرف النظر عن أى شئ) والكبار يعيشون على مبدأ الواقع (غالبا) وعملية التأديب تأخذ الطفل من مبدأ اللذة إلى مبدأ الوقائع بالتدريج وبصبر جميل ، أى أنه يتوجب على المربى أن يجعل رحلة الطفل من عالمه الخاص إلى عالم الكبار رحلة ممتعة .

٤ - **القاعدة الرابعة : القبول بالبطء الحتمى لعملية التغير :** فمن سنن الكون أن السلوك الإنسانى يحتاج لوقت حتى يتغير أو ينضج ، ولذلك يصبح الإستعجال نوع من التعسف والخروج على الفطرة .

٥ - **القاعدة الخامسة : حب الطفل للمربى :** فالحب من الطفل للمربى يجعل النظام القيمى للأخير جزءاً من تكوين الطفل ، ويسهل الإنتقال من حاله لحالة أخرى على طريق النمو والنضج النفسى بشكل هادئ وآمن فالطفل لا يعرف النفاق لذلك فهو لن يطيع إلا من أحبه .

٦ - **القاعدة السادسة : القبول بمرحلية النمو :** فلكل مرحلة خصائصها التى يجب أن يعيشها الطفل أو المراهق ، وعلى المربى أن يتقبل هذه المراحل ويواكبها ، ولا يعمد لأن يجعل السلوك نمطياً ثابتاً فى كل المراحل .

العقـــاب

تعريفـــه :

العقاب هو إلحاق أذى نفسى أو بدنى بالطفل جزاءاً على سلوك معين قام به .

*** الدور التربوى للعقاب :**

العقاب هو أحد وسائل التربية ، وليس أهمها بل ربما يكون أضعفها ، فقد قسم علماء التربية الوسائل التربوية حسب أهميتها كالتالى :

١ - القـــدوة .

٢ - الثـــواب .

٣ - العقـــاب .

أى أن العقاب يأتى فى مؤخرة الوسائل التربوية ومع هذا نجد أن المربين غالباً ما يبدأون بالعقاب ويبالغون فى الإهتمام به لأنه يحقق نتائج سريعة يرغبونها ، فمثلاً إذا إراد الأب من أبنه أن يذاكر والأبن يتكاسل عن ذلك ، لذلك يقوم الأب بضربه حتى يجلس الأبن على المكتب وينظر فى الكتاب ، وهنا يستريح الوالد لأنه حقق ما يراه صحيحاً لأبنه ... ولكن فى الحقيقة إن التغير الذى حدث نتيجة العقاب هو تغير شكلى وسطحى فالحقيقة أن الطفل لا يذاكر وإنما جلس ينظر فى الكتاب لتفادى غضب الأب ، والنتيجة هى كراهية للمذاكرة وللدراسة عموماً .

ولذلك نرى فى الحديث اليومى للناس أنهم يستخدمون العقاب مردافاً للتربية فمثلاً إذا شكوت طفلاً لوالده فإنه يقول لك : « لا تقلق سوف أربيه » حينئذ تفهم أنت أنه قرر أن يضربه ، وهنا حدثت عدة إختزالات فقد إختزلت التربية فى العقاب واختزال العقاب فى الضرب .

أنواع العقاب :

حين يذكر العقاب يتبادر إلى الذهن مباشرة العقاب بالضرب ، وهذا إختزال معيب كما قلنا من قبل ولكنه شائع فالعقاب مفهوم واسع يشمل أشياء كثيرة ولكننا

نجملها فى النوعين التاليين :

١ – **العقاب النفسى :** كنظرة اللوم والعقاب أو نظرة الإعتراض من الوالدين ، أو الإنتقاد أو التوبيخ أو الحرمان من أشياء يحبها الطفل ، أو حبسه فى غرفة ... إلخ .

٢ – **العقاب البدنى :** ويشمل الضرب أو أى نوع من أنواع الإيذاء البدنى .

القواعد الصحيحة للعقاب :

إذا إضطررنا للعقاب أثناء عملية التربية فيجب أن نتبع القواعد التالية حتى يستفيد الطفل :

١ – يجب أن يعرف الطفل الأشياء التى تستوجب العقاب مسبقاً ، بمعنى أن هناك قواعد واضحة فى البيت أو المدرسة لما هو صحيح وما هو خطأ .

٢ – أن يتم تحذير الطفل بأن تجاوزه للقواعد المعروفة والمعلنة سوف يعرضه للعقاب .

٣ – أن يكون العقاب إصلاحياً لا إنتقامياً ، أى ليس بسبب الحالة المزاجية المضطربة للأم أو للأب .

٤ – أن يكون فى مصلحة الطفل لا فى مصلحة المربى صاحب السلطة . فبعض الأمهات يضربن أطفالهن لأنهن يشعرن بالراحة بعد ذلك فقد نفسن عن مشاعر غضب لديهن .

٥ – أن يكون العقاب متدرجاً ومتناسباً مع شخصية الطفل ، فالطفل الذى تردعه النظرة لا يجب توبيخه والطفل الذى ينصلح بالتوبيخ لا يجب ضربه ... وهكذا.

٦ – أن يكون العقاب متناسباً مع الخطأ الواقع .

٧ – أن تكون له نهاية ، فمثلاً نقرر حرمان الطفل من المصروف لمدة ثلاثة أيام يأخذ بعدها المصروف .

٨ – أن يشعر الطفل أن العقاب وقع عليه بسبب سلوك سيئ فعله وليس لأنه هو نفسه سيئ .

إضطرابات الإخـراج

إن التحكم فى الإخراج يعتبر من الوظائف الجسمانية والنفسية الأساسية فى الإنسان ، وبالتالى فإن إضطراب هذا التحكم يستدعى مراجعة الكثير من العوامل المتداخلة للوصول إلى تشخيص دقيق كلما أمكن لتصبح العملية العلاجية أكثر توجهاً نحو هدفها .

وقد أوضحت الكثير من الدراسات فى مجتمعات مختلفة أن عملية التحكم فى الإخراج يمكن أن تبدأ فى سن عشر شهور ونصف (**Jacobsun 2001**) .

وربما لا يشعر كثير من العاملين فى المجال الطبى بأهمية عملية التدريب على الإخراج وتأثيرها على الصحة العامةوالصحة النفسية بوجه خاص ، وهذا يجعل معرفتهم بتفاصيل هذه العملية فى الصحة والمرض قليلاً . فمن المهم أن نعرف أن التدريب الناجح على الإخراج (التبول والتغوط) يعتبر مصدراً للفخر للطفل والأسرة ، وعلامة مهمة على النمو والنصح . وعلى العكس فإن المشاكل فى هذه الوظيفة يمكن أن تؤدى إلى صراعات شديدة وضعف تقدير الذات ، بل يمكن أن تؤدى إلى العنف فى بعض الأحيان بالإضافة إلى إضطرابات نفسية أخرى مثل الخجل والإنطواء والقلق والإكتئاب والوساوس والأفعال القهرية .

وقد وجد فى أحد الدراسات أن فشل التدريب على عملية الإخراج كان هو أهم ثانى سبب للإستباحات القاتلة للأطفال (**Fatal child abuse**) ، فالأبوين (وخاصة الأم) يشعران بالغضب نحو الطفل الذى لا يتحكم فى إخراجه والنبذ والعقاب النفسى أو البدنى الشديد له (**Morrow et al 1997**) .

ولهذا يجب أن يتم التدريب على الإخراج فى سن مناسب وبتدرج معقول ، وأن يتم فى ظروف نفسية جيدة ، وأن تتجنب الأم (أو المربية) اللجوء إلى العقاب أثناء هذا التدريب أو التعبير عن مشاعر الغضب أو النبذ للطفل فى حالة عجزه عن تحقيق توقعاتها .

ولا نغفل أن عملية الإخراج تتأثر بعوامل كثيرة مثل القرارات العقلية للطفل ونضجه الإجتماعى ، والمحددات البيئية المحيطة بالطفل ، والتفاعل النفسى بينه وبين

أبويه (Kaplan and Sadock 1994) .

وقد تضمن دليل التقسيم التشخيصى والإحصائى الرابع نوعين من إضطرابات الإخراج وهما :

١ – إضطراب البوال (Enuresis) .

٢ – إضطراب التغوط (Encopresis) .

ومن المهم أن نعرف أن المسار الطبيعى للتحكم فى عملية الإخراج يتم على أربعة مراحل بالترتيب التالى :

١ – نمو التحكم فى التغوط ليلاً (أثناء النوم) .

٢ – نمو التحكم فى التغوط نهاراً (أثناء اليقظة) .

٣ – نمو التحكم فى التبول نهاراً (أثناء اليقظة) .

٤ – نمو التحكم فى التبول ليلاً (أثناء النوم) .

ومن هنا نلاحظ أن آخر وظيفة تحكم نمو عند الطفل فى عملية الإخراج هى عملية التحكم فى التبول ليلاً ، ولهذا نجد الكثير من الحالالت المترددة على العيادات النفسية تقع تحت هذه الفئة (Nocturnnl enuresis) .

وفيما يلى نستعرض أضطرابى البوال والتغوط بشئ من التفصيل .

إضطراب البوال (Enuresis)

تعريفه :

وتعريف البوال كما ورد فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع DSM IV هو : « الإفراغ المتكرر للبول فى السرير أو الملابس سواء كان ذلك لا إرادياً أو إراديا » .

نبذة تاريخية :

والبوال معروف منذ القدم حيث كتب عنه فى البرديات المصرية التى يرجع تاريخها إلى ١٥٥٠ سنة قبل الميلاد ، وكانوا يعالجونه بخليط من الجعة ومنقوع العليق، ويذكر التاريخ أن علاجات عديدة إستخدمت لهذا الإضطراب أهمها (حموده ١٩٩١) :

١ - حرق الأوراق بين الرجلين .

٢ - كى الفتحة الخارجية لقناة الإحليل (العضو الذكرى) بنترات الفضة وذلك لجعل التبول مؤلماً .

٣ - شكشكة القضيب .

٤ - ربط ضفدعة إلى القضيب لتنقنق عندما يبول الطفل فيستيقظ (هذه الطريقة كانت تستخدم فى نيجيريا) .

أنواعــه :

يقسم البوال إلى :

١ - البوال الليلى (أثناء النوم) وهو الأكثر شيوعاً .

٢ - البوال النهارى (أثناء اليقظه) .

٣ - البوال الليلى والنهارى معاً .

أو يقسم إلى :

البوال الأولى : وهو يعنى أن الطفل لم يمر بفترة تحكم فى البول قبل ذلك ، فهو يتبول فى فراشه أو ملابسه منذ أن ولد .

٢ - البوال الثانوى : وهو يعنى أن الطفل مر بفترة تحكم فى البول (على الأقل سنة) ثم فقد هذه القدرة بعد ذلك لأى سبب من الأسباب .

علاقته بالنوم :

بما أن أكثر الأنواع شيوعاً هو التبول في الفراش ليلاً أثناء النوم إذن يبدو أن هناك علاقة بين نوعية النوم أو مراحلة وبين هذا الإضطراب ، وهذه العلاقة لم يتم إختيارها بشكل كاف حتى الآن .

والملاحظ إكلينيكيا من خلال مواكبة أعداد كبيرة من حالات البوال أن الأطفال المصابين بهذه الحالة يوصفون (بواسطة أبويهم) بأن نومهم ثقيل ، وأنه يصعب إيقاظهم أثناء الليل أو حتى فى الصباح للذهاب إلى المدرسة . وهذه الملحوظة البسيطة والمتواترة وتشير إلى صعوبة تنبه المريض لامتلاء المثانة ليلاً .

وقد وجد فى بعض الدراسات أن معظم حالات التبول تحدث فى الثلث الأول

من النوم ، وهذا الجزء من النوم تغلب عليه مراحل النوم العميق (المرحلة الثالثة والرابعة على وجه التحديد) وهو ما يعرف بالنوم غير المصحوب بحركة العين السريعة (NREMS) وفى هذه الحالة لا يتذكر الطفل أنه تبول وإنما يفاجأ فى الصباح بفراشه وقد تبلل .

أما إذ حدث أثناء النوم الحالم ، وهو ما يعرف باسم النوم المصحوب بحركة العين السريعة (NREMS) فإن الطفل يتذكر أنه تبول أثناء رؤيته لحلم مفزع .

معدل حدوثه :

يختلف معدل حدوث البوال حسب المرحلة العمرية كتالى :

فى سن ٥ سوات	١٥ – ٢٠ ٪
فى سن ٧ سوات	١٥ ٪
فى سن ١٠ سوات	٣ ٪
فى سن ١٤ سوات	١,٥ ٪
فى سنر الرشد	١ ٪

وهذا يعطى إشارة مهمة أنه يحدث تحسن طبيعى مع التقدم فى العمر حتى بدون أى تدخل علاجى ويلاحظ أن هذا الإضطراب أكثر حدوثاً فى الذكور من الإناث .

الإضطرابات النفسية المصاحبة لحالات البوال :

وجد أن ٢٠ ٪ من حالات البوال تكون مصحوبة بإضطرابات نفسية (إضطراب التغوط أو المشى أثناء النوم ، أو الفزعات الليلية أو إضطراب ضعف الإنتباه زيادة الحركة ، أو إضطرابات السلوك ، أو مشاكل التعلم) وخاصة فى الحالات التالية :

١ – البنـــات .

٢ – الأطفال الذين يتبولون فى الفراش أو فى الملابس نهاراً وليلاً .

٣ – إستمرار الأعراض حتى فترة المراهقة .

فسيولوجية التبول :

عندما يزيد الضغط داخل المثانة فإن مستقبلات الضغط فى الطبقة العضلية

لجدار المثانة ترسل تنبيهات إلى الحبل الشوكى ومنه إلى المخ الذى يتم فيه الشعور بالرغبة للتبول ، فإن كانت الظروف مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المراكز العصبية فى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فينقبض وإلى العضلة العاصرة (الصمام) فترتخى وبذلك يتم إخراج البول .

أما إذا كانت الظروف غير مناسبة فإن المخ يرسل إشارات إلى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى لترسل بدورها إشارات إلى جدار المثانة فيرتخى وإلى العضلة العاصرة (الصمام) فتنقبض وبذلك يتأجل فعل التبول إلى حين تأتى ظروف مناسبة .

ولكى تتم هذه العملية بنجاح يجب أن تكون الوصلات العصبية سليمة وقادرة على نقل الإشارات المطلوبة ، وكذلك تكون المراكز العصبية فى المنطقة العجزية من الحبل الشوكى وفى المخ على درجة كافية من النضج ، وأن تكون المثانة فى حالة جيدة .

والسؤال هو : متى يتم نضج المراكز العصبية لكى يصبح الطفل قادراً على التحكم فى تبوله ؟

والإجابة : أن ذلك يحدث فى خلال السنة الثالثة من العمر فى الأحوال الطبيعية .

الأسباب :

تتعدد أسباب هذه الحالة وتتداخل ، ولذلك نحاول أن نجملها ونبسطها فى نوعين رئيسيين :

١ – أسباب عضوية مثل :

* العوامل الوراثية (الجينية) .
* صغر حجم المثانة الوظيفى .
* زيادة كمية البول (نتيجة نقص الهرمون المضاد لإدرار البول) .
* خلل فى الأعصاب المسئولة عن التحكم .
* تأخر نضج مراكز التحكم فى المخ والحبل الشوكى .
* الصرع أثناء النوم .

٢ – أسباب نفسية مثل :

* إضطراب فى النوم (زيادة مراحل النوم العميق) .
* الغيرة من وصول طفل جديد فى الأسرة ، وهذا يؤدى إلى نكوص فى السلوك .
* عدم الشعور بالأمــان .
* الخوف من الظلام ومن الأشباح والحيوانات خاصة بعد سماع القصص المرعبة أو مشاهدة مناظر مخيفة فى التليفزيون .
* أن يكون أحد الوالدين أو كليهما شديد السيطرة ، فيصبح التبول هنا تعبير عن العدوان تجاه الأسرة (وخاصة الأم) .
* التدليل الزائد والحماية المفرطة بما يؤدى إلى حاجة الطفل لإستمرار جذب الإنتباه أو التمرد على الحماية المفرطة .
* الإضطرابات النفسية والسلوكية .

وسوف نتناول بعض هذه الأسباب بالتفصيل نظراً لأهميتها :

(١) العوامل الوراثية (الجينية) .

غالباً ما يوجد تاريخ عائلى للبوال فى الأسرة وحين يكون الأبوان قد أصيبا بمثل هذه الحالة فإن ٧٧ ٪ من الأطفال سيعانون منها ، أما إذا كان أحدهما فقط قد أصيب بها فإن ٤٤ ٪ من أطفال سيعانون منها وفى ١٥ ٪ من حالات التبول الليلى لا نجد مثل هذه الحالة فى الأب أو الأم . وفى بعض الدراسات تم التعرف على الجين المسئول عن حدوث هذه الحالة وهو جين سائد موجود على الكروموسوم رقم ١٣ .

(٢) صغر حجم المثانة الوظيفى :

ففى بعض الحالات كانت السعة الوظيفية للمثانة (Functional Bladder capacity) فى الأطفال المصابين أقل من أقرانهم غير المصابين . وعند فحص مثانة الأطفال المصابين بالبول تحت تأثير مخدر عام وجد أن حجمها طبيعياً ، وهذا يعنى أن المثانة فى غير ظروف التخدير تكون فى حالة إنقباض ولذلك لا تتحمل كمية كبيرة من البول ، وفى بعض الأحيان يطلق على هذه المثانة أنها مثانة عصبية لا تستوعب البول بداخلها وتحاول طرده من خلال إنقباضات جدارها المستمرة .

وربما يتم الربط بين عصبية المثانة وعصبية الطفل ، ولكن هذا الربط يحتاج إلى دراسات منضبطة أكثر لإثباته أو نفيه .

(٣) زيادة كمية البول :

وذلك بسبب نقص إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول Anti-diuretic Hormone (ADH) أثناء الليل ، ففى الأحوال العادية يزيد إفراز هذا الهرمون أثناء الليل حتى يقلل من كمية البول التى تنتجها الكليتين أثناء النوم لكى تتناسب هذه الكمية مع حجم المثانة فلا يحتاج الطفل للإستيقاظ ليلاً للتبول ، فالطفل الطبيعى ينام من ٨ إلى ١٢ ساعة دون حاجة للتبول خلال هذه المدة .

فإذا لم تحدث هذه الزيادة الطبيعية فى إفراز ذلك الهرمون المضاد لإدرار البول، فإن كمية البول حتماً ستزيد عن سعة المثانة خلال هذه الساعات الطويلة من النوم وبالتالى يحدث تفريغ إجبارى للمثانة خاصة إذا كان نوم الطفل عميقاً ولا يسمح بالتنبه لإمتلاء المثانة .

(٤) تأخر نضج الجهاز العصبى : (Maturational Delay of CNS)

إن السبب الأكثر قبولاً ولكنه الأكثر صعوبة فى الإثبات هو تأخر نضج الجهاز العصبى المركزى وذلك يؤثر على قدرة الطفل على التحكم فى إفراغ المثانة . وفى هذه الحالة عندما تمتلئ المثانة بالبول ويتمدد جدارها وتنقل الأعصاب الحسية إشارات الإمتلاء إلى المخ مروراً بالمراكز العصبية فى المنطقة العجزية للحبل الشوكى فإن هذه المراكز تفشل فى القيام بوظيفتها التنظيمية . ويمكن أيضاً أن تفشل آلية إيقاظ المريض أو تنبيهه عند إمتلاء المثانة .

(٥) إضطرابات النوم :

وقد تحدثنا عنها من قبل فهؤلاء الأطفال يكون نومهم أكثر عمقاً من أقرانهم (زيادة فى مراحل النوم العميق الثالثة والرابعة على وجه الخصوص) .

وتزيد نسبة التبول أثناء النوم حين يكون هناك إنسداداً فى مجرى التنفس بسبب وجود لحمية فى الأنف أو إلتهاب اللوزتين ، ولذلك نلاحظ أنه بعد العمليات الجراحية التى تزال فيها هذه الإنسدادات تتحسن حالة كثير من الأطفال المصابين بالتبول أثناء النوم ويحدث هذا فى ٧٦٪ من الحالات .

(٦) الغـيرة :

حيث نجد أن الطفل بعد أن مر بفترة تحكم فى بوله عاد مرة أخرى إلى التبول فى فراشه بعد ميلاد طفل جديد فى الأسرة حيث تحدث حالة نكوص (Regression) بمعنى أن يرجع الطفل بسلوكه إلى مراحل نمو مبكرة فى محاولة منه لجذب إنتباه أمه التى انشغلت بالطفل الجديد فيأتى بأفعال طفولية (مثل المولود الجديد) لعل الأم تعود إليه مرة أخرى . وربما يكون التبول فى الفراش هنا أيضاً عدوان موجه نحو الأم بشكل خاص ونحو الأسرة بشكل عام بسبب إهمالهم للطفل بعد وصول المولود الجديد ، وفى هذه الحالة ربما يتبول الطفل إرادياً فى ملابسه أو فراشه أثناء الليل أو النهار بهدف مضايقة الأسرة التى أهملته .

(٧) عدم الشعور بالأمـان :

ويحدث هذا نتيجة إنفصال الطفل عن أمه ، أو إنفصال الوالدين ، أو النزاعات العائلية ، أو إدخاله مستشفى .

(٨) عوامل نفسية وسلوكية :

هناك بعض الإضطرابات النفسية والسلوكية فى نسبة من هؤلاء الأطفال مثل الخجل والإنطواء وسرعة الإستثارة وكثرة الحركة والقلق ولكنه ليس معروفاً إن كانت هذه الإضطرابات سبباً أم نتيجة لهذه الحالة .

التشخيص :

متى نقول أن هذه حالة مرضية وتحتاج للعلاج ؟ ... هناك خصائص محددة وضعت لتشخيص هذه الحالة وهى كما وردت فى دليل التشخيص والإحصاء الرابع DSM IV :

* وتكرار التبول فى الفراش أو الملابس ليلاً أو نهاراً سواء كان ذلك لا إرادياً أو إرادياً

* وهذا السلوك ذو أهمية إكلينيكية من ناحية تكرار حدوثه مرتين أسبوعياً ولمدة ثلاثة شهور متتابعة ، أو من ناحية أنه يسبب كرباً أو خللاً إجتماعياً أو تعليمياً أو وظيفياً أو أى وظائف أخرى مهمة .

* العمر الزمنى لا يقل عن خمس سنوات .

* وهذا السلوك ليس بسبب تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (دواء مدر للبول

مثلاً) أو إضطراب جسمانى مثل البول السكرى أو الصرع أو الصلب المفلوج .

ويحدد النوع كالتالي :

١ - ليلى فقط .

٢ - نهارى فقط .

٣ - ليلى ونهارى .

التشخيص الفارق :

يجب أن نفكر فى الأسباب العضوية التى تؤدى لمثل تلك الحالة وتقدر نسبة هذه الأسباب العضوية بـ ٣ - ١٠ ٪ من الحالات ، ونتوقعها أكثر فى الحالات التى تتبول فى الفراش نهاراً وليلاً وتكون مصحوبة بسلس البول أو عدم القدرة على التحكم حين تأتى الرغبة (URGENCY) وهذه الأسباب العضوية تتمثل فى :

١ - إضطراب فى الجهاز البولى والتناسلى سواء كان إضطراباً تشريحياً أو عصبياً أو التهاب فى المثانة .

٢ - إضطراب الوعى والنوم مثل الصرع أو التسمم أو المشى أثناء النوم .

٣ - أعراض جانبية من بعض الأدوية مثل مضادات الذهان (الكلوزابين ، الميليريل ... إلخ) .

مسار المرض ومآله :

البول يعتبر إضطراب قابل للشفاء الذاتى بمعنى أنه يتحسن تلقائياً مع التقدم فى العمر ونضج الجهاز العصبى ، ومع هذا نوصى بالعلاج حتى نتفادى المضاعفات التى تحدث للطفل لو تركناه حتى يتحسن تلقائياً .

وطبقاً لتعريف البول فإن بدايته فى سن الخامسة ، أما البول الثانوى فبدايته غالباً بين الخامسة والثامنة من العمر ، وأغلب المصابون به يتحسنون فى المراهقة ولكن تبقى نسبة ١ ٪ بوالين حتى مرحلة الرشد .

أما إذا كانت بداية البوال بعد سن الثامنة أو مرحلة الرشد فيجب أن نضع فى الإعتبار الأسباب العضوية بشكل أقوى .

وفى الأطفال الذين مروا بفترة جفاف سابقة ثم حدث لهم البوال يجب أن نفكر فى وجود صعوبات نفسية لديهم .

المضاعفـات :

لو تركنا حالات البوال بدون علاج حتى تصل إلى الشفاء الذاتى مع تقدم العمر فإننا نعرض الطفل المصاب لمضاعفات نفسية خطيرة نذكر منها :

١ – ضعف صورة الذات ونقص إحترامها وضعف الثقة بالنفس .

٢ – الخجل والشعور بالدونية .

٣ – الإنطواء وعدم القدرة على التفاعل الإجتماعى بشكل طبيعى .

٤ – القلق أو الإكتئـاب .

٥ – الحرمـان من الذهاب للرحـلات والمعسكرات وزيارة الأقارب خوفاً من حدوث الحالة .

٦ – الخوف من الزواج خاصة عند الفتيات .

تقييم الحـالـة :

عند تقييمنا لمثل هذه الحالات علينا أن نراعى عامل السن وشدة الحالة ، ففى الأطفال الأكبر سناً تكون الأعراض مزعجة أكثر وتسبب وصمة للطفل ، وهذا يستدعى تدخلات علاجية أكثر حسماً ، فى حين أن السن الأصغر لا يسبب مثل هذا القلق وبالتالى يسمح بتدخلات علاجية هادئة تأخذ وقتاً أطول . وهذه الإعتبارات نراعيها أيضاً بالتوازى مع شدة الحالة .

ويتلخص تقييم هذه الحالت في النقاط التالية :

١ – التاريخ المرضى للحالة : وهو فى غاية الأهمية للوصول إلى التشخيص الصحيح والاستبعاد الأسباب العضوية ، ويجب أن يتضمن ذلك التاريخ نمط التبول والتبرز ، والفحوصات المعملية أو الإشعاعية والعلاجات السابقة إن وجدت .

٢ – الفحص الطبى والعصبى : وهو شامل للبطن والأعضاء البولية والتناسلية والجهاز العصبى .

٣ – الفحوصات المعملية والإشعاعية : تتضمن تحليلا للبول لإستبعاد أعراض التهاب بالمثانة أو مرض البول السكرى أو البول المائى ، وهذا بالإضافة إلى أشعة على الفقرات القطنية والعجزية للإطمئنان على حالة المراكز العصبية فى هذه المنطقة خاصة لو وجدنا فى الفحص الطبى أو العصبى ما يدعو لذلك خاصة ما يسمى بحالة

الصلب المفلوج Spina Bifida ، فكثيراً ما يتهم الصلب المفلوج على أنه السبب فى البوال ، ولتوضيح حقيقة الأمر نذكر ما يلى (حموده ١٩٩١) .

يعرف الصلب المفلوج بأنه فشل التقاء الأقواس الفقارية ، وهو علي نوعين :

(أ) الصلب المفلوج الخفى (Spina Bifida occulta) :

حيث يصيب المنطقة القطنية والعجزية من العمود الفقرى ، وقد يكون مصحوباً بإصابة الجلد المغطى له دون إصابة الحبل الشوكى أو السحايا ، وقد تكشف هذه الحالة عن طريق الصدفة عند تصوير الفقرا ت بالأشعة لأى سبب من الأسباب دون ظهور أية أعراض إكلينيكية لها ، وقد يلفت النظر إلى هذه الحالة إصابة الجلد الذى يكسوها بشامة أو ورم دموى أو خصلة من الشعر ، أو حفرة فى العجز أو ورم دموى أو خصلة من الشعر ، أو حفره فى العجز أو ورم شحمى فى المنطقة القطنية العجزية من الظهر ، كما أن وجود إضطراب عصبى قد يشير إلى وجود الصلب المفلوج فى بعض الحالات ولهذا الإضطراب العصبى أسباب عدة :

(١) تشوه أو نقص الحبل الشوكى .

(٢) ربط الحبل الشوكى إلى أحد الأنسجة المجاورة الذى قد يؤدى شدة أثناء حركة العمود الفقرى إلى تلف بالحبل الشوكى .

(٣) الضغط المباشر على الحبل الشوكى أو ذيل الفرس بواسطة مثير عظمى أو إمتداد ورم شحمى داخل النخاع .

هذه الأسباب المؤثرة على الحبل الشوكى تؤثر على المسارات العصبية فيه فينتج فيه شلل تقلصى سفلى ، وإضطراب إخراج البول الذى يحدث فى هذه الحالة هو سلس البول (Incontinence) وليس البوال (Enuresis) ، حيث يكون تنقيط البول مستمراً ليلاً ونهاراً بالإضافة إلى ما يصاحبه من علامات عصبية فى الطرفين السفليين ونقص (أو إختلال) الإحساس فى منطقة السرج (Saddle shaped area) .

(ب) الصلب المفلوج الكيسى (Spina Bifida Cystica) :

وفى هذا النوع يكون النقص العظمى متسعاً وتبرز خلاله السحايا والحبل الشوكى أو أحدهما ، وفى حالة الفتق السحائى فإنه يؤدى إلى شلل إرتخائى فى الطرفين وبالتالى سلس البول (حمودة ١٩٩١) :

العــلاج :

هناك العديد من الوسائل العلاجية لحالات البوال وهى تتدرج من إتباع بعض التعليمات البسيطة إلى العلاج السلوكى والعلاج الدوائى . ويتم إختيار الوسيلة أو الوسائل العلاجية بعد التقييم الكامل للحالة بواسطة الطبيب المتخصص ، ويراعى فى الإختيار سن المريض وشدة الحالة وتعاون الأسرة فالأطفال بين الخامسة والسابعة يستحب أن نبدأ معهم بالوسائل البسيطة (غير الدوائية) أما الأطفال الأكبر سناً أو الحالات الشديدة فربما نفكر فى أكثر من وسيلة من بينها العلاج الدوائى .

وفلسفة العلاج هنا هو أننا نساعد الطفل على التحكم بوسائل وإجراءات خارجية على أمل أن يكتسب القدرة على التحكم فى وقت من الأوقات أو يحدث النضج التلقائى للأجهزة العصبية ، وبالتالى نحمى الطفل من مضاعفات الحالة التى ذكرناها آنفاً وبناءاً على ذلك يجب أن نشرح للوالدين وللطفل (إذا أمكن) طبيعة العلاج ودوره ومدته لكى يكونوا متعاونين معنا فى تحقيق أهداف العلاج .

وهناك بعض الحالات ربما لا ترغب فى العلاج طويل المدى ولكنها تحتاج فقط للعلاج فى فترات مؤقتة حين الذهاب فى رحلة أو معسكر أو زيارة لأحد الأقارب لفترات محددة ، والعلاج يكون مفيداً أيضاً فى تحقيق هذه الأهداف .

وفيما يلي بعض هذه الوسائل العلاجية المتاحة :

(١) إتباع بعض القواعد والعادات : مثل الإمتناع عن شرب السوائل ليلا خاصة تلك التى تسبب إدرار البول كالشاى والقهوة والكوكاكولا والعصائر بأنواعها المختلفة ، وإذا شعر الطفل بالعطش فيكتفى بشرب كميات بسيطة من المياه العادية ، ويتعود الطفل أن يفرغ المثانة وذلك بالتبول قبل الذهاب للنوم مباشرة ، وأن يوقظه أحد أفراد الأسرة بعد ثلاث ساعات من بداية نومه للتبول أو يتم ذلك من خلال وضع منبه بجوار الطفل ، وإذا تبول الطفل فى هذا الوقت فإن المثانة تتحمل كمية البول المفرزة بقية الليل لأنه وجد أن معظم البول يتم إدراره فى الثلث الأول من الليل ونتجنب لوم الطفل أو عقابه أو تغييره إذا أصبح وقد بلل فراشه ، ولكن نطلب منه المشاركة فى تنظيف ملابسه ومكان نومه .

ونراعى عدم مشاهدة أو سماع قصص مخيفة أو مثيرة قبل النوم ونتأكد من وجود إضاءة كافية فى غرفة نوم الطفل وفى الصالة وفى دورة المياه .

(٢) **تدريب المثانة لزيادة سعتها :** حيث يشرب الطفل كميات كبيرة من السوائل أثناء النهار ونطلب منه تأجيل التبول أكبر وقت ممكن حين يشعر بالرغبة فيه، ويزاد هذا الوقت تدريجياً على مدى عدة أسابيع وبذلك تزيد سعة المثانة وتتعود الإحتفاظ بالبول لفترة أطول .

(٣) **تدريبات الإنتباه والإستجابة :** وتهدف هذه التدريبات إلى زيادة الشعور بإمتلاء المثانة وتعلم الإستجابة الفورية لذلك الشعور ويمكن تحقيق ذلك بأحد الطريقتين التاليتين أو كليهما معاً :

(أ) **لعب الدور :** نشرح للطفل أننا وهو سنقوم بعمل تمثيلية حيث يمثل أحد الوالدين أولاً ثم الطفل أنه ينام ثم يشعر بإمتلاء المثانة والرغبة فى التبول فيقوم ويذهب للحمام فعلا ويفرغ كمية من البول (فعلا) ، ويكرر لعب هذا الدور ثلاث مرات قبل النوم مع إفراغ جزء من البول فى كل مرة وفى المرة الثالثة يفرغ البول تماماً ثم يذهب لنومه .

(ب) لعبة رجل المطافئ : يتمثل الطفل بأنه رجل مطافئ وعندما نوقظه أو يوقظه المنبه أثناء الليل فإن عليه أن يقوم فوراً ليطفئ النار المشتعلة بواسطة البول الذى يفرغه فى الحمام .

(٤) العلاج الأسرى : وذلك بهدف :

إستعادة جو الطمأنينة والهدوء والحب داخل الأسرة لكى يشعر الطفل بالأمان .

تجنب الشجار بين الوالدين خاصة أمام الأطفال .

تجنب القسوة الزائدة والتدليل الزائد .

مراعاة مشاعر الطفل بعد ميلاد طفل جديد .

تجنب اللوم والعقاب للطفل على إعتبار أن هذه الحالة تحدث لا إرادياً فى أغلب الأحوال ، وتجنب معايرة الأخوة والأخوات له .

(٥) لإزالة الآثار النفسية التى تراكمت عند الطفل أو المراهق نتيجة الحالة ومحاولة إستعادة ثقته بنفسه من خلال التأكيد على أنه غير مسئول عن حدوث هذه الحالة ، وأنها قابلة للشفاء ، وليست دليلاً على ضعف شخصية أو نقص فيه ، ويرى بعض المعالجين أن البوال فى بعض الحالات يكون صرخة إستغاثة من الطفل ولذلك

يجب الإستجابة لها ومساعدته فى مواجهة صعوباته وصراعاته والعلاج النفسى فى الأطفال لا يقوم بالضرورة على الحوار اللفظى ولكن يمكن الإستعانة فيه باللعب والرسم بجوار الحوار البسيط .

(٦) العلاج السلوكى :

برنامج التدعيم الإيجابى :

السبت	الأحـد	الأثـنين	الثـلاثاء	الأربعـاء	الخميـس	الجمعـة
		*	*		*	

تشرح الأم أو الأب للطفل أو الطفلة البرنامج بعبارة بسيطة مثل : « إنك الآن كبرت ، وأعتقد أنك تريد أن نساعدك على أن تتوقف عن التبول فى الفراش ، فأنا أعرف أنها تسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة والجهد الذى يتطلبه غسل أغطيتك وملاءات سريرك ... وسنستخدم لذلك برنامج مكافآت ... ولهذا نريدك أن تختار الأشياء التى تعجبك أو تحب أن تكون لديك (ونشترى له مجموعة من الهدايا الصغيرة التى يحبها بالإضافة إلى ملصقات على هيئة نجوم ذهبية) ... والآن إذا مرت ليلة دون أن تبلل نفسك فسنضع نجمة ذهبية فى جدول الأيام ونعطيك هدية من الهدايا » .

وتقدم المكافآت فى اليوم التالى مباشرة إذا نجح الطفل فى الحفاظ على عدم تبوله . والمكافآت تقدم يومياً وفوراً فى الأسبوع الأول ، ثم كل يومين فى الأسبوع الثانى ثم كل أربعة أيام فى الأسبوع الثالث ، إلى أن تتوقف المكافآت المادية ، ولكن نستمر لفترة طويلة فى وضع النجوم الذهبية فى جدول الأيام عن كل ليلة تمر دون بلل (إبراهيم وآخرين ١٩٩٣) .

إمتدح سلوك الطفل أمام أفراد الأسرة فى كل مرة ينجح فيها ، وإذا فشل الطفل فى يوم من الأيام لا تقم بتأنيبه أو نقده بل دعه يضع الملابس والأغطية المبللة فى المكان المعد للغسيل . تذكر أن الطفل سينجح فى بعض الليالى وسيفشل فى البعض الآخر فلا تيأس من المحاولات وإستمر فى تطبيق البرامج حتى ينجح الطفل فى التوقف عن التبول لعدة أسابيع .

(ب) جهاز التنبيه الليلى : (Nocturnal Alarm) الفكرة فى هذه الوسيلة هى إيقاظ الطفل للتبول فى الوقت المناسب ، وتتحقق بنوعين من أجهزة التنبيه .

* جهاز تنبيه عادى يوضع بجوار الطفل بحيث يوقظه بعد بداية النوم بثلاث ساعات على إعتبار أن أكبر كمية من البول يتم إفرازها فى الثلث الأول من الليل .

* جهاز تنبيه خاص (Bell and pad apparatus) وهو عبارة عن جرس كهربائى متصل بدائرة شريحتين من المعدن إحداهما بها ثقوب (العليا) ، وهاتين الشريحتين تشبكان بمشابك فى الملابس الداخلية للطفل فى حين يعلق الجرس كالعقد فى رقبة الطفل بحيث يتدلى على صدره ، وعندما يبدأ الطفل فى البول تبتل ملابسه الداخلية فتغلق دائرة الجهاز ويرن الجرس فيستيقظ الطفل وهذه الطريقة لكى تنجح تحتاج لأن يكون الطفل أكبر من ٧ سنوات ومستعد هو وأسرته للتعاون ، وإذا توافرت هذه الشروط فإن نسبة نجاح هذا العلاج تصل إلى ٧٠ ٪ ، وإذا لم يستيقظ الطفل على صوت الجرس فيمكن لأحد الأبوين أن يوقظه حين سماع الجرس .

(٧) العلاج الدوائى :

هناك عدد من الأدوية المتاحة للعلاج نذكر منها :

١ – **الأميبرامين (تفرانيل)** Tofranil وهو أحد مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات ، وهو يستخدم بجرعات صغيرة لعلاج حالات البوال منذ عام ١٩٦٠ وقد أثبتت الكثير من الدراسات جدواه فى مثل هذه الحالات . وتبدأ الجرعة من ٢٥ مجم قبل النوم بساعتين وتزاد الجرعة بواقع ٢٥ مجم كل أسبوع حتى يتوقف البوال أو نصل إلى الجرعة القصوى للدواء وهى ٥مجم/كجم من وزن الطفل أو تظهر الأعراض الجانبية للدواء بشكل واضح (جفاف الفم ، وزغللة العينين أو الإمساك) . وفى الأطفال الذين يتبولون فى بداية النوم يستحسن أن نقسم الجرعة إلى جزئين الأول بعد الظهر والثانية قبل النوم بساعتين .

ولو زادت الجرعة عن ٣ر٥ مجم/كجم من وزن الجسم فيجب عمل رسم قلب للمتابعة .

ونسبة نجاح هذا الدواء تصل إلى ٦٠ ٪ وهو يتميز برخص ثمنه وتأثيره الواضح والذى ربما يحدث نتيجة الآليات التالية :

تقليل درجات النوم العميق فيصبح الطفل أكثر قابلية للإستيقاظ عند إمتلاء المثانة .

* العمل على إرتخاء جدار المثانة وإنقباض العضلة العاصرة (الصمام) من خلال تأثيره على الإسيتيل كولين * يعمل كمضاد للإكتئاب والقلق فيؤدى ذلك إلى تحسن الحالة النفسية للطفل .

والجرعة المعتادة يومياً هى ٧٥ – ١٢٥ مجم مع مراعاة السن والوزن وظهور الأعراض الجانبية سالفة الذكر ، وتستخدم الجرعة المناسبة لمدة ٦ شهور ثم نعطى للطفل راحة فنوقف العلاج بالتدريج حتى نرى إن كان البول قد توقف أم لا ، وفى حالة عدم التوقف نعيد إستخدامه ستة شهور أخرى .

٢ – الديسموبريسين (المينيرين) (Desmopressin (Minirine

وهو عقار جديد نسبياً يعمل كشبيه لهرمون التحكم فى إفراز البول مما يقلل من إفراز البول أثناء النوم ، حيث تثبت أنه فى حالات التبول اللاإرادى الأولى يكون مستوى هرمون التحكم فى إفراز البول ليلاً (ADH) أقل من المستوى الطبيعى مما يسبب كثرة إدرار البول بما يفوق سعة المثانة .

وهو موجود فى صورة بخاخة للأنف وفى صورة أقراص ١ر٠ مجم و ٢ر٠ مجم ويستخدم لمدة ٣ شهور ثم نوقفه بالتدريج فإذا عاد الطفل إلى البوال فيمكننا إعطاءه دورة أخرى من العلاج .... وهكذا حتى يتوقف .

ويتميز هذا العلاج بالفاعلية والأمان حيث أن أعراضه الجانبية بسيطة ولا يشعر بها أحد بإستثناء بعض الحالات القليلة التى يحدث فيها إنخفاض مستوى الصوديوم فى الدم (Hyponatraemia) ويمكن أن يلاحظها الوالدين حيث يشكو الطفل من صداع وغثيان وقيئ وفى هذه الحالة يوقف العلاج ويتم قياس نسبة الصوديوم فى الدم . ولكن نظراً لإرتفاع سعره فيقتصر إستخدامه على المرضى القادرين على ذلك . وهذا الدواء الفعال يمكن إستخدامه بشكل مؤقت أيضاً فى الرحلات والمعسكرات والزيارات وقبل الزواج ونسبة نجاح هذا الدواء تصل إلى ٩٣ ٪ .

٣ – أدوية أخـــرى :

* مضادات الأستيل كولين (Anticholinergics) وتستخدم كعلاج مساعد مع العلاجات الأخرى والأمثلة لها البلاسيد والبسكوبان وغيرها .

* مانعات إسترداد السيروتونين النوعية SSRIS وخاصة الفلوكستين والسيرترالين وهى فى الأساس مضادات أكتئاب ولكن وجد فى بعض الدراسات أن لها

تأثيراً واعداً في حالات البوال .

ماذا يجب على الوالدين فعله تجاه الطفل المصاب بحالة البوال ؟

١ - تشجيع الطفل على التوقف عن التبول في الفراش أو الملابس متى أحس به ثم الإنطلاق نحو دورة المياة لإكمال التبول هناك .

٢ - وفي حالة تبول الطفل في الفراش يجب أن تغير ملابس الطفل المبتلة وتوضع ملاءة جافة فوق الموضع المبتل من السرير ، ولكي نساعد الطفل على الإستقلال وتحمل المسئولية نضع بجانب سريره ملابس بديلة (بيجامة مثلا) وملاءة سرير بديلة بحيث يغيرهما بنفسه إذا حدث وتبول في الفراش .

٣ - وفي الصباح يجب أن نشجع الطفل على القيام بغسيل ملابسه وملاءة السرير المبتلة .

٤ - لا يلام الطفل ولا يعاقب ولا يعير لأن هذه الأشياء هي التي تحدث مضاعفات نفسية خطيرة لدى الطفل .

٥ - يستحب تغليف المرتبة بالبلاستيك أو وضع مفرش بلاستيك تحت ملاءة السرير حتى يسهل تنظيف السرير .

٦ - يمكن إرتداء ملابس داخلية سميكة نسبياً أثناء النوم وذلك بغرض ضمان تدفئة كافية للطفل .

إضطراب التغوط
(Encopresis)

تعريفه :

هو نمط من إخراج البراز فى أماكن غير مناسبة سواء كان ذلك إرادياً أو لا إرادياً.

معدل الإنتشار :

فى الأحوال الطبيعية يحدث تحكم فى الإخراج فى ٩٥ ٪ من الأطفال فى سن الرابعة وفى ٩٩ ٪ من الأطفال فى سن الخامسة .

إذن فمعدل الإنتشار هو ٥ ٪ فى سن الرابعة و ١ ٪ فى سن الخامسة ، وتزيد نسبة حدوثه فى الأولاد مقارنة بالبنات بنسبة ٣ : ١ .

الأسـباب :

فى هذا الإضطراب تتشابك العوامل الفسيولوجية مع العوامل النفسية بطريقة معقدة تستدعى فحصاً للطفل من الناحية الجسمية والنفسية والإجتماعية . ويمكن أن نوجز هذه العوامل فيما يلى :

١ - عدم كفاءة التدريب على التحكم الغائطى ويعتبر هذا العامل من أهم العوامل وهويظهر فى إحدى الصورتين التاليتين :

* **التساهل :** حيث لا تهتم الأم بتدريب طفلها على التغوط فى المكان المناسب وفى أوقات محددة ، وربما يغريها بذلك وجود الحفاضات (pampers) فالطفل يلبس الحفاضة معظم الوقت وبالتالى لا يتعلم التحكم مهما أمتد به العمر .

* **الشدة :** فالأم هنا تمارس التحكم الشديد فى عملية التدريب على التغوط وبهذا تدخل فى صراع مع الطفل فيحدث تثبيت عند المرحلة الشرجية أو يحدث عناد من الطفل ضد ضغط الأم أو يصبح الطفل قلقاً أو محبطاً أو غاضباً أو خائفاً وفى هذه الظروف ربما يكون التغوط فى الأماكن غير

المناسبة نوع من العدوان على الأم المتحكمة والمتسلطة . والأم تستجيب بمشاعر متناقضة نحو طفلها فهى تحبه لأنه ابنها وتكرهه لأنه يفعل شيئاً مقززاً ، وهذا الجو يمكن أن يهيئ لاضطرابات نفسية فى المراحل التالية منها العناد والوسواس (خاصة وسواس النظافة) والقلق والإكتئاب .

٢ – **النكوص :** بمعنى أن يرتد الطفل إلى مراحل مبكرة فى النمو النفسى لأنه يتحمل ضغوط المرحلة الحالية .. فبعد أن كان متحكماً فى بوله وبرازه لفترة كافية (سنة أو أكثر) نجده يفقد هذا التحكم مرة أخرى بعد ولادة طفل جديد وإنشغال أمه عنه .

ويحدث هذا النكوص أيضاً إذا أصيب الطفل بمرض أو أدخل مستشفى أو أجريت له عملية جراحية أو عند دخوله الحضانة أو المدرسة .

٣ – السلس الفيضانى (overflow incontinence) : فى ٧٥٪ أو أكثر من الأطفال المصابين بإضطراب التغوط يكون هناك حالات إمساك تؤدى إلى إحتجاز السوائل مما يؤدى إلى سلس فيضانى من وقت لآخر .

٤ – وجود إضطرابات نفسية لدى الطفل : مثل القلق أو الخوف أو الإكتئاب أو ضعف القدرات العقلية .

وقد تنتج هذه الإضطرابات عن مشكلات أسرية مثل الشجار الدائم بين الوالدين أو انفصالها أو اضطراب العلاقة بين الطفل وأحد والديه أو كليهما أو الغيرة الشديدة ... إلخ .

٥ – وجود اضطرابات سلوكية : وجد أن بعض حالات اضطراب التغوط تكون مصحوبة بمشكلات نمائية عصبية (Neurodevelopmental problems)

٦ – ضعف التحكم الشرجى : نتيجة مشكلات عصبية أو عضلية ،

٧ – القولون المتضخم لأسباب نفسية : (Psychogenic Megacolom) حين يكون التغوط مؤلماً لأى سبب من الأسباب أو حين يصاحبه خوف أو قلق نتيجة المعاملة الجافة من الأم أثناء هذه العملية ، فإن الطفل ينشأ لديه خوف من عملية التغوط ،بهذا يتراكم البراز فى القولون فينتفخ القولون ويفقد حساسيته للضغط الغائطى، ولذلك لا يشعرالطفل برغبة للتغوط مهما امتلأ القولون .وينتج عن ذلك إحتجاز كمية

كبيرة من البراز الأكثر سيولة خلف البراز المتصلب ، وعندما يزداد ضغط البراز السائل يحدث فيضان غائطى .

الصورة الإكلينيكية والتشخيص : (طبقاً لدليل التشخيص والإحصاء الرابع)

أ - تغوط متكرر فى أماكن غير مناسبة (مثل الملابس أو على الأرض) سواء كان إرادياً أو غيد إرادى .

ب - على الأقل يحدث هذا مرة كل شهر لمدة لا تقل عن ثلاثة شهور .

جـ - عمر الطفل الزمنى لا يقل عن ٤ سنوات (أو ما يكافئها) فى المستوى النمائى .

د - وهذه الإضطرابات ليس نتيجة مباشرة لتأثير عقاقير (مثل الملينات) أو حالة طبية عامة بإستثناء الحالات التى تحدث نتيجة آليات تتضمن الإمساك .

ويقسم إضطراب التغوط إلى أحد النوعين التاليين :

١ - مع إمساك وسلس فيضانى .

٢ - بدون إمساك وسلس فيضانى .

الفحص الطبى والإختبارات المعملية :

على الرغم من عدم وجود إختبار نوعى محدد لتشخيص هذه الحالة فإن على الطبيب أن يقوم بفحص المريض جيداً لاستبعاد (أو إثبات) وجود أسباب عضوية لذلك مثل مرض هوشسبرنج (Hirschsprung Disease) . ومن الأشياء البسيطة فحص البطن لإستكشاف وجود إنتفاخ أو غازات أو سوائل زائدة محتجزة نتيجة وجود إمساك . كما يمكن التأكد من ذلك أيضاً بعمل أشعة على البطن .

وهناك إختبارات لقياس كفاءة العضلات القابضة الشرجية لأن إرتخاء هذه العضلات يمكن أن يؤدى لضعف التحكم كما أن إنقباضها الشديد يؤدى إلى إمساك مع سلس فيضانى ، ،لكن عادة لا نلجأ إلى هذه الإختبارات فى الحالات البسيطة إذا كانت هناك أسباب نفسية واضحة .

التشخيص الفارق :

يجب التفرقة بين هذا الإضطراب الوظيفى وبين إضطرابات عضوية أخرى تؤدى إلى عدم التحكم فى التغوط مثل :

١ - مرض هرشسبرنج : وفيه يتضخم القولون نتيجة غياب العقد العصبية (Aganglionic Megacolon) وهنا يفقد الطفل الإحساس بالتبرز ولذلك يتم خروج البراز بالتدفق الفيضانى .

٢ - أمراض عضوية فى فتحة الشرج أو القولون : مثل التأثيرات الجانبية لبعض الأدوية أو الإضطرابات العصبية أو اضطرابات الغدد الصماء أو وجود التهابات أو شرخ بفتحة الشرج .... إلخ .

المسار والمآل :

يعتمد مسار ومآل المرض على السبب وعلى الإزمانية وعلى شدة الأعراض وعلى الإضطرابات السلوكية المصاحبة .

وفى كثير من الحالات يتوقف هذا الإضطراب تلقائياً ونادراً ما يستمر حتى سن المراهقة . والحالات التى تستمر غالباً ما يكون فيها مشكلة عضوية تتصل بسلامة وكفاءة العضلات الشرجية القابضة .

المضاعفات :

يؤدى هذا المرض إلى وجود حالة من التوتر لدى الطفل والأسرة وإلى اضطراب العلاقة بينهما ، ويصبح الطفل محل إشمئزاز وغضب من والديه وأقرانه ويصبح كبش فداء لكثير من الأشياء أو الأحداث السيئة ، ولهذا نجد إحترامه لذاته يتدهور ، يصاحب ذلك إحساس بالنبذ والدونية والغضب .

وربما يعبر الطفل عن غضبه تجاه الأسرة بمزيد من التغوط وكأنه يعاقبهم على مشاعرهم السلبية نحوه بل ربما تصبح هذه هى الوسيلة الوحيدة التى يعبر بها عن غضبه وأحياناً يبدو الطفل غير مبال بما يحدث أو يكون فى حالة أشبه بالتبلد الإنفعالى .

وفى كثير من الأحيان يخشى الطفل الذهاب إلى الرحلات المدرسية أو زيارة

الأقارب فيزيد ذلك من عزلته وربما إكتئابه .

العــلاج :

عند قدوم الأسرة والطفل للعلاج يلزم تخفيف حالة التوتر والغضب لدى الأسرة والحد من التوجيهات العقابية تجاه الطفل . وعلى الجانب الآخر يحتاج الطفل فى نفس الوقت لتخفيف مشاعر الذنب والخجل والقلق والغضب . وهذا يستدعى توضيح الأمور للطرفين بشكل مبسط وتصحيح المفاهيم الخاطئة والتوجيهات الخاطئة بهذا الإضطراب قبل البدء فى العلاج .

وإذا كان الطفل يعانى من إمساك مع سلس فيضانى (وهذا يشكل أكثر من ٧٥٪ من الحالات) فيحسن إستخدام ملين بجرعة مناسبة مع تنظيم أوقات دخول الحمام ، أما إذا لم يكن هناك إمساك فيكفى تنظيم أوقات دخول الحمام .

ويصاحب ذلك برنامج للعلاج السلوكى بهدف تدعيم ضبط التغوط فى أوقات منتظمة وجعل عملية التغوط عملية بسيطة يشعر أثناءها الطفل بالإرتياح وبعدها بالتشجيع والمكافأة المناسبة .

وفى الحالات التى يعانى فيها الطفل من حالات قلق أو إكتئاب أو غضب فإن للعلاج النفسى التدعيمى وتمارين الإسترخاء أثر جيد فى تحسين الحالة النفسية للطفل.

ولا ننسى العلاج الأسرى فى الحالات التى نلحظ فيها إضطرابات أسرية مؤثرة سواء كانت سبباً أو نتيجة لإضطراب التغوط .

التخلف العقلي

تمثل حالات التخلف العقلى ١ ٪ من المجتمع ، وهى تختلف فى درجاتها فهناك التخلف العقلى البسيط والمتوسط والشديد ، وفى كل الحالات تكون هناك ثلاث مشكلات أساسية :

الأولى :

وظائف عقلية منخفضة أو ما نعبر عنه بإنخفاض مستوى الذكاء وهذا الإنخفاض يمكن قياسه بواسطة إختبارات الذكاء المعروفة وعلى أساس مستوى الذكاء يمكن تحديد خطة العلاج للطفل المتخلف وكيفية تأهيله وهذه الوظائف العقلية المنخفضة تكون ناتجة عن عطب فى المخ ، وفى أغلب الأحيان يكون هذا العطب دائم ولا يسهل تغييره .

الثانية :

إنخفاض فى الوظائف التكيفية : أى أن الطفل ذو الوظائف العقلية المنخفضة يعجز عن التكيف مع الواقع خاصة إذا كانت توقعات المحيطين به أكبر من إمكانياته العقلية .

الثالثة :

إضطرابات أخرى مصاحبة : كالصرع ، أو الذهان أو ضعف الإنتباه أو إضطراب السلوك أو التبول اللاإرادى .. الخ .

والطفل المتخلف يمثل عبئاً نفسياً وإجتماعيا على الأسرة فى حالة رفضها لهذه الإعاقة ، وعدم تقبلها للطفل .

وهناك موقف آخر أكثر إنسانية يتقبل الطفل بإعاقته ويحاول مساعدته بشكل واقعى يقدر عليه الطفل .. ومحاولات العلاج لا تستطيع كثيراً تحسين الوظائف العقلية . ولكنها تستطيع أن تساعد على تحسين الوظائف التكيفية بما يضمن قدرة الطفل على التعامل الأفضل مع البيئة وذلك بتدريبه على العناية بنظافته الشخصية

القيام ببعض الأعمال المفيدة كشراء إحتياجاته ،وإستخدام التليفون والقيام ببعض الأعمال البسيطة والمفيدة ... إلخ .

هذا بالإضافة إلى علاج الاضطرابات المصاحبة كعلاج الصرع أو الذهان أو ضعف الإنتباه .

،هناك بعد آخر للتعامل مع الطفل المتخلف ، فيجب أن يتقبل الأبوان هذا الطفل بحالة من الرضا لأن حكمة الله إقتضت ذلك ، والطفل المتخلف له عطاء غير منظور فى الأسرة فهو ربما يكون مصدراً للبركة والرحمة تنزل عليهم من الله بسبب رعايتهم لهذا الطفل ، وأن ضعف هذا الطفل يفجر مشاعر العطف والحنان والرعاية والمسؤلية نحوه فيكتسب أفراد الأسرة القدرة على رعاية الضعيف .

ورعاية الطفل المتخلف (أو الشخص الضعيف عموماً) تعتبر من مقاييس حضارة الأم ، فالحضارة فى رأى كثير من العلماء تقاس بمدى رعايتها للضعيف ، والرسول صلى الله عليه وسلم كان كثيراً ما يوصى بالضعفاء ، وهى أيضاً وصية الأنبياء جميعاً عليه السلام .

ولا ينسى الأبوين العطاء الأخروى الذى ينتظرهم نتيجة رعايتهم للطفل المتخلف فربما يكون هو سبب دخولهم الجنة وبذلك يكون أكثر إفادة لهم من بقية أخواته الأذكياء .

والطفل المتخلف لديه قدرات جسمانية كبيرة يمكن الإستفادة منها ولديه قوة على التحمل والمثابرة ربما لا تتوفر للأذكياء ، فإذا أمكن توظيف هذه القدرات كان نافعا لنفسه ولأسرته .

إضطرابات التعلم

التعريف : هى نقص فى إكتساب المهارات المتوقعة فى القراءة أو الكتابة أو التحدث أو الإنصات أو التفكير المنطقى أو الرياضيات ، مقارنة بأطفال فى نفس السن ولديهم نفس مستوى الذكاء .

وصعوبات التعلم ليست نادرة فهى تصيب حوالى ٥ ٪ من أطفال المدارس .

وتؤثر إضطرابات التعلم تأثيراً واضحاً على المستوى الدراسى للطفل (على الرغم من كونه يتمتع بذكاء عادى) وتؤدى إلى شعوره بالإحباط والدونية وإلى إضطراب تكيفه مع المجتمع الدراسى ومع الأسرة ويمكن أن تدفعه للتهرب من الدراسة .

وقد يصاحب هذه الاضطرابات حالات ضغف الإنتباه / زيادة الحركة أو حالات اضطوابات السلوك .

إضطراب القراءة :

يعرف اضطراب القراءة (طبقاً للدليل التشخيصى الرابع المعدل DSM-IV-TR) بأنه مستوى من الإنجاز فى القراءة أقل مما هو متوقع فى مثل سن الطفل وتعليمه وذكائه ، وأن الإعاقة فى القراءة تشكل صعوبة واضحة فى الأداء الأكاديمى (المدرسى) وفى النجاح فى الأنشطة اليومية التى تكون القراءة جزءاً منها .

وإذا كانت هناك إصابات فى الجهاز العصبى أو إضطرابات فى الحواس فإن الصعوبة فى القراءة تتجاوز ما هو متوقع فى مثل تلك الحالات . والطفل هنا يجد صعوبة فى التعرف على الكلمات ، وإذا قرأ فيكون بشكل بطئ وقراءته مليئة بالأخطاء، ولا يفهم ما يقرأ جيداً .

ويلاحظ أن الأطفال المصابين بضعف الإنتباه / زيادة الحركة يكثر بينهم إضطراب القراءة .

معدل الإنتشار :

تتراوح نسبة إنتشار إضطراب القراءة من ٢ إلى ٨ ٪ من أطفال المدارس ، وتزيد النسبة فى الذكور مقارنة بالإناث (٤ : ١) .

الإمراضية المصاحبة :

يصاحب إضطراب القراءة عدد من الإضطرابات الأخرى نذكر منها : ضعف الإنتباه / زيادة الحركة (فى ٢٥ ٪ من الحالات) ، إضطراب السلوك ، الإكتئاب ، القلق ، السلوك العدوانى .

الأسباب :

لا يوجد سبب واحد مؤكد لهذا الإضطراب ، وإنما توجد عدة عوامل متضافرة مثل العوامل الجينية (إضطراب فى الجين ٦ والجين ١٥) ، والعوامل النمائية (العدوى أثناء الحمل) أو العوامل البيئية (صعوبات الولادة أو إصابات المخ) .

وفى معظم الحالات تكون هناك صعوبة فى مهارات معالجة الإضطراب (deficitin phon0logical processing skills) ، فهؤلاء الأطفال لايستطيعون التعرف بدقة وكفاءة على أجزاء الكلمات وبالتالى لا تتكون لديهم برمجة صوتية سليمة .

ووجد أن بعضهم يكون لديه غموض فى سيادة أحد فصى المخ أو أن الإتصال بين الفص الأيمن والفص الأيسر تشوبه بعض الإعاقات .

العلاج :

يستحب أن يبقى هؤلاء الأطفال فى الفصول العادية مع إعطائهم حصصاً إضافية لتحسين مهارات القراءة ، وهناك عدة برامج لتحسين تلك المهارات أهمها ذلك البرنامج الذى يقوم على الربط الصحيح بين الحرف والصوت ثم ينتقل بعد ذلك للربط الصحيح بين الكلمة والصوت وأخيراً الربط بين الجملة والصوت .

ولا ننسى تعليم الطفل المهارات الإجتماعية التى تنقصه بسبب هذا الإضطراب، ولا ننسى الإهتمام بالآثار النفسية السلبية التى لحقت به نتيجة صعوبات القراءة .

إضطرابات الحساب :

وفيها نرى صعوبة لدى الطفل فى تعلم وتذكر الأرقام ونجد بطئاً وعدم دقة فى العمليات الحسابية . وهذه المشكلات تنشأ عن ضعف أو إضطراب فى مهارات أربع هى:

١ – المهارات اللغوية : المختصة بفهم المصطلحات الحسابية وتحويل المشكلات المكتوبة إلى رموز حسابية .

٢ – المهارة الإدراكية : وهى القدرة على التعرف على فهم الرموز مثل الجمع ،الطرح والضرب والقسمة وغيرها .

٤ – مهارة الإنتباه : فالإنتباه ضرورى لنسخ الأرقام بدقة ومتابعة العمليات التى تستخدم الرموز بكفاءة .

ويشخص إضطراب الحساب بوجود خلل فى القدرات الحسابية لا يتناسب مع ما هو متوقع من عمر الطفل ومستواه الدراسي ودرجة ذكائه . وهذا الخلل يقاس بواسطة مقاييس فردية مقننة ،هذا الإضطراب يؤثر على الأداء المدرسى وعلى الإنشطة الحياتية اليومية . وفى حالة وجود أى خلل عصبى أو حسى فإن الصعوبات الحسابية الموجودة تتجاوز ما هو متوقع من هذا الخلل .

معدل الإنتشار :

لو أخذنا إضطراب القدرات الحسابية منفصلاً يمثل حوالى ١ ٪ من أطفال المدارس . ،فى بعض الدراسات وجد أن ٦ ٪ من أطفال المدارس يعانون صعوبات بدرجات مختلفة فى القدرات الحسابية والتى ربما لا ترقى كلها لدرجة إضطراب القدرات الحسابية الذى سبق وصفه .

وغالباً ما يوجد هذا الإضطراب ومعه إضطرابات تعلمية أخرى ، وهو أكثر فى الإناث عنه فى الذكور .

الامراضية المصاحبة :

كما قلنا فإن إضطراب القدرات الحسابية يمكن أن يكون مصاحباً بإضطرابات

تعليمية أخرى مثل اضطراب القراءة أو إضطراب الكتابة . وهؤلاء الأطفال تزيد نسبة إصابتهم باضطراب اللغة التعبيرية أو إضطراب اللغة الإدراكية أو إضطراب التآزر النمائى .

الأسـباب :

ربما تلعب الجينات دوراً ولو جزئياً فى إحداث إضطراب الحساب .

وكانت هناك نظرية قديمة تقول بأن هذا الإضطراب يتسبب عن خلل فى نصف المخ الأيمن خاصة فى الفص القفرى حيث أن هذه المناطق مسئولة عن معالجة المؤثرات البصرية المكانية . ولكن الدراسات النفسية الفسيولوجية لم تثبت صحة هذه النظرية .

وحالياً يسود إعتقاد بأن هذا الإضطراب يكمن خلفه عوامل متعددة : نمائية ومعرفية ووجدانية وتعليمية وإجتنماعية وإقتصادية ... إلخ .

المسار والمآل :

الحالات الخفيفة ومتوسطة الشدة تعانى بعض الصعوبات خاصة فى المراحل الدراسية الأولى . أما الحالات فوق المتوسطة والشديدة فإنها تعانى فشلاً دراسياً وربما تحدث مضاعفات مثل رفض الذهاب للمدرسة أو الهرب منها أو إضطرابات التكيف والسلوك .

العـلاج :

وهناك محاولات عديدة للعلاج منها الربط بين تعلم مفاهيم الحساب وبين ممارسة حل المشكلات مع إستخدام كروت للأرقام أو أرقام بارزة أو خشبية ، مع ألعاب كمبيوتر .

ووجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف المهارات الإجتماعية لذلك يخجلون من السؤال عما لا يعرفونه لذلك يجب الإهتمام بقدراتهم ومهاراتهم الإجتماعية ووجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف المهارات الاجتماعية .

إضطراب الكتابة :

هو إضطراب فى التعبير بالكتابة لا يتناسب مع عمر الطفل أو مستواه الدراسى أو ذكائه ، ويؤثر فى أدائه الدراسى وفى حياته اليومية .

وإضطراب الكتابة له عدة مكونات هى : الإضطراب فى الهجاء (نطق الحروف والكلمات) ، أخطاء فى قواعد اللغة ،أخيراً سوء خط اليد .

معدل الإنتشار :

يوجد هذا الإضطراب فى حوالى ٤ ٪ من أطفال المدارس ، ويكثر فى الأولاد مقارنة بالبنات بنسبة ٣ : ١ (تقريباً مثل إضطراب القراءة) .

وغالباً ما يحدث إضطراب الكتابة مصاحباً لإضطراب القراءة ،إن كان الأخير يظهر مبكراً .

الإمراضية المصاحبة :

الأطفال المصابون بهذا الإضطراب يكونون أكثر عرضة لإضطرابات أخرى مثل إضطراب القراءة واضطراب الحساب واضطرابات اللغة الإستقبالية والتعبيرية .

وتكثر أيضاً إحتمالات وجود ضعف الإنتباه / زيادة الحركة وضعف المهارات الإجتماعية .

وهؤلاء الأطفال كنتيجة لذلك ربما يصابون بالشعور بالدونية أو بحالات من الإكتئاب .

الأسباب :

تقريباً مثل إضطرابات القراءة .

المسار والمآل :

يعتمدان على شدة الحالة وعلى المرحلة العمرية والدراسية التى تم فيها إكتشاف المرض وعلاجه ، ومدى جدية العلاج وإستمراريته .

العلاج :

يقوم بذلك مدرسون متخصصون يراعون صعوبات الطفل فى الهجاء وقواعد اللغة وخط اليد ، ويبدأ التدريب من خلال علاقة ودية بين المدرس (المدرب) وبين الطفل لكى يتم التدريب فى حالة من الإرتياح والتشويق والصبر .

ويجب أن يراعى ما يعانيه هذا الطفل من إضطرابات نفسية أو إضطرابات توافق مصاحبة أو ناتجه عن الإضطراب . ويقوم بذلك معالج نفسى متخصص .

إضطرابات الأكل

تتضمن إضطرابات الأكل فى فترة الرضاعة والطفولة المبكرة ما يلى : أعراض نقص الغذاء الذى يتناوله الطفل ، والإجترار وإعادة مضغ الغذاء ، التناول المتكرر لمواد غير صالحة للأكل .

والأكل عملية فسيولوجية يمكن أن تتم بشكل طبيعى وتلقائى وهادئ خاصة وأن الطفل لديه دوافع مبكرة للحفاظ على الذات مدفوعة بعوامل بيولوجية ونفسية عديدة وعميقة ، وأنه لو ترك دون ضغوط أو تدخلات غير مناسبة فإنه يحصل على إحتياجاته من الأكل بشكل طبيعى .

وبما أن وظيفة الأكل فى فترة الرضاعة والطفولة المبكرة تتم عن طريق الوالدين (خاصة الأم) لذلك فإن كثيراً من إضطرابات الأكل تحدث نتيجة إضطراب العلاقة مع أحد الوالدين أو كليهما ، كأن تصر الأم على أن يأكل الطفل كميات معينة أو أنواع معينة من الطعام فى أوقات محددة لذلك يرفض الطفل هذا التحكم وهذا القهر وتصبح عملية الأكل ميداناً للصراع بينه وبين أمه خاصة إذا وجد الأم تتأثر وتضطرب نتيجة لإضطراب أكله فهذا يعطيه شعوراً بأنه أصبح يسيطر على الأم من خلال موضوع الأكل فيتمادى فى ذلك لأن الطفل يسعد بأن يكون محور الإهتمام من الأم أياً كان شكل هذا الإهتمام ودوافعه ونتائجه .

وقد ورد إضطراب الأكل فى التقسيم التشخيصى والإحصائى الرابع المعدل مرجعياً DSM_IV_TR وهو يتضمن التالى :

١ – تناول مواد غير صالحة للأكل (بيكا) (PICA) .

٢ – إضطراب إجترار الطعام .

٣ – إضطراب التغذية فى مرحلتى الرضاعة والطفولة المبكرة ولنأخذها بشئ من التفاصيل .

....

١ - إضطراب تناول مواد غير صالحة للأكل (PICA)

والخصائص التشخيصية لهذا الإضطراب تتضمن :

(أ) التناول المستمر لمواد غير مغذية لفترة لا تقل عن شهر .

(ب) تناول المواد غير المغذية غير متناسب مع مستوى النمو .

(جـ) سلوك الأكل ليس جزءاً من الممارسات الثقافية (أى ليس معتاداً فى البيئة التى يعيش فيها الطفل) .

(د) وهذا الإضطراب ليس بسبب اضطراب نفسى آخر مثل التخلف العقلى أو إضطرابات النمو الشاملة أو الفصام .

وفى هذا الإضطراب نجد الطفل يأكل الطين أو التباشير أو قطع الأثاث أو الزجاج أو الملابس أو مخلفات الحيوان أو الإنسان أو الرمل أو غيرها .

وبعض الدراسات تعزو هذا الاضطراب إلى نقص الإشباع الغذائى أو العاطفى من جانب الأم ، وبعضها الآخر يفسر أكل تلك المواد الغريبة بنقص لبعض العناصر الغذائية لدى الطفل يحاول إكمالها بتناول هذه الأشياء الغريبة .

والعلاج يكون إرشادياً للأسرة بتحسين الجو الذى يعيش فيه الطفل وتحقيق الإشباع الغذائى والعاطفى ، وأحياناً يكون نفسياً للطفل أو للأم أو لكليهما .

٢ - إضطراب الاجترار :

وتتلخص الخصائص التشخيصية لهذا الإضطراب فيما يلى :

(أ) تكرار إسترجاع الطعام وإعادة مضغة لمدة لا تقل عن شهر بعد فترة من السواء .

(ب) هذا الإضطراب ليس بسبب حالة مرضية فى الجهاز الهضمى أو حالة مرضية عامة (مثل الإرتجاع المريئى) .

(جـ) هذا الاضطراب ليس بسبب الفهم العصابى أو الشره العصابى .

ويجب أن نفرق هذه الحالة من حالات بسيطة مشابهةتحدث فى كثير من الرضع والأطفال حيث يتم ترجيع جزء بسيط مما رضعه الطفل وتسميه الأمهات

«كشط» لا يؤثر فى وزن الطفل أو حالته الصحية ، أما الإجترار فهويؤدى إلى فقد الوزن أو الفشل فى الوصول إلى الوزن المتوقع لمرحلة عمرية معينة .

وقد لوحظ أن أمهات هؤلاء الأطفال يكن غير ناضجات ولديهن إضطرابات إنفعالية كثيرة وعلاقات مضطربة بأزواجهن ، وكنتيجة لذلك يشعر الطفل بالحرمان فيجتر الطعام ويعيد مضغة وابتلاعه كتعويض عن نقص مشاعر الحب والإهتمام .

وهناك دراسات أخرى تفسر الاضطرب على خلفية بيولوجية مثل إضطراب فى المعدة والمرئ يسبب إرتجاع الطعام . وهذا الإضطراب يمكن أن يكون لمرض فى المعدة أو المرئ أو نتيجة لإشارات عصبية مضطربة تصل إليها من جهاز عصبى مضطرب .

والعلاج يتوجه نحو الإهتمام بالحالة الجسمانية للطفل وأعراض نقص التغذية إضافة إلى تهيئة بيئة عائلية مناسبة ، وتوجيه الإهتمام نحو الأم ومساعدتها فى حل مشكلاتها النفسية والإجتماعية .

وهناك طرق سلوكية لإطفاء سلوك الإجترار مثل وضع مادة لاذعة فى فم الطفل عند حدوث الإجترار (مثل عصير الليمون بدون سكر أو أى عصير حمضى آخر) .

٣ - اضطراب التغذية لدى الرضع وصغار الأطفال .

وتتلخص خصائص هذا الاضطراب فى التالى :

(أ) إضطراب التغذية كما يتبين فى الفشل المستمر فى تناول الطعام الكافى مع فشل واضح فى إكتساب الوزن أو فقد واضح للوزن فى فترة لا تقل عن شهر .

(ب) هذا الإضطراب ليس بسبب حالة مرضية فى الجهاز الهضمى أو حالة طبية عامة (على سبيل المثال : الإرتجاع المريئى) .

(جـ) وهذا الإضطراب ليس بسبب إضطراب نفسى آخر (مثل الإجترار) وليس بسبب نقص الطعام المتاح .

(د) وبداية المرض تكون قبل سن ٦ سنوات .

فهؤلاء الأطفال لا يتناولون كفايتهم من الطعام وبالتالى لا يصلون إلى الوزن

المناسب لعمرهم ، ولا يوجد سبب طبى واضح لذلك .

ويبلغ معدل حدوث هذا الإضطراب حوالى ٣ ٪ من الرضع والأطفال .

ومعظم الأطفال يمرون ببعض المشكلات فى التغذية فى السنة الأولى من العمر ولكن مع التعامل الهادئ والجيد تمر هذه المشكلات دون أن تتطور لإضطراب تغذية ودون أن يؤثر ذلك فى معدل النمو تأثيراً واضحاً .

وقد لوحظ أن ٧٠ ٪ من الأطفال الذين يعانون من إضطراب التغذية تكون لديهم أيضاً مشكلات ولو بدرجة أقل فى التغذية فى المراحل التالية من العمر .

ويكون العلاج بتقييم التفاعل بين الطفل والأم بهدف معرفة وتصحيح الأخطاء فى ذلك التفاعل مع تعليم الأم إحتياجات الطفل من الغذاء ومساعدتها للسيطرة على قلقها تجاه تغذية الطفل ، ذلك القلق الذى يدفعها للضغط على الطفل لتناول غذائه وهذا ما يجعل الطفل يأخذ موقفاً معانداً أو يعطيه رسالة بأن مسألة الغذاء تصلح لجذب اهتمام الأم والسيطرة على مشاعرها .

إضطرابات اللازمـة
Tic Disorders

تعرف اللازمة على أنها إنقباضة عضلية سريعة ومتكررة ينتج عنها حركة أو صوت يخبرها الشخص وكأنها لا إرادية .

واللوازم توجد فى الأطفال والمراهقين بشكل متقطع وإحياناً دائم .

وعلى الرغم من أن اللازمة تبدو لا إرادية إلا أن بعض الاشخاص يستطيعون ضبطها لبعض الوقت وتقسم اللوازم إلى أربعة أنواع :

١ - إضطراب توريت : وهو يتكون من لوازم حركية وأخرى صوتية . وهى تحدث مرات عديدة فى اليوم لمدة تزيد عن سنة .

٢ - اضطراب اللازمة الحركية أو الصوتية المزمن : وهنا توجد إما لزمة حركية أو صوتية ، لكن لا يوجد الإثنان معاً . وتحدث اللزمة مرات عديدة فى اليوم لمدة تزيد عن سنة ، وتحدث قبل سن ١٨ سنة .

٣ - إضطرابات اللازمة العابر : ويتميز بوجود لازمة واحدة ، أو متعددة ، حركية أو صوتية أو كل يوم لمدة لا تقل عن أربعة أسابيع ولا تزيد عن ١٢ شهر متواصلة ، وتحدث قبل سن ١٨ سنة .

٤ - إضطراب اللازمة غير المصنف فى مكان آخر : وهى اللوازم التى لا تنطبق عليها الخصائص السابقة كأن تكون مدتها أقل من أربعة أسابيع أو تحدث بعد سن ١٨ سنة .

وأسباب اللوازم ترجع إلى عوامل جينية وأخرى كيميائية (إضطراب الدوبامين فى المخ) وأخرى فى جهاز المناعة ،هناك أسباب نفسية مثل حالات القلق والتى يعبر عنها الطفل باللازمة الحركية أو الصوتية ، فإذا جذبت هذه اللوازم الأبوين سواء بشكل سلبى أو إيجابى فإن ذلك يؤدى إلى تعزيز هذه اللوازم .

وتظهر اللوازم فى صور كثيرة منها حركة مفاجئة ومتكررة وغير منتظمة فى

الرقبـة أو فـى الكتف ، أو فـى العين أو عـضـلات الوجـه أو أحـد الأطراف ، أو صـوت نحنحـه أو تنظيف للحلق أو ترديد كلمـة أو مـقطع من كلمـة من وقت لآخـر . والطفل يكون مـدركاً لها ولكنه لا يستطيع التوقف عنـها بالكامل وإن كـان يستطيع تأجيلها فى ظروف معينة لبعض الوقت .

واللازمة إن كانت حديثة العهد فعلاجها هو إهمالها حتى لا تكون وسيلة لجذب الإنتباه . أما فى الحالات المرضية أو الشديدة فيعطى المديض علاجاً كيميائياً مثل الهـالوبيـريدول (Haldol) والتـرافلوبيـرازين (stelasil) والبـيـمـوزيد (Orap) والأولانزابين (Zyprexa) ومـجـمـوعـة إسـترداد السـيـروتونين النوعيـة (SSRIS) إضافة إلى العلاج النفسى خاصة فى الحالات المزمنة ، أو العلاج السلوكى .

الباب الثالث

صور من العيادة النفسية

أحزان الطفـولة

دخلت الطفلة الصغيرة ذات الأعوام السبعة ، ضئيلة الجسم ، دقيقة الملامح ، إلى العيادة النفسية بصحبة أبويها وهى تبكى بكاءاً تتقطع له القلوب ، وتتحرك فى الحجرة بقلق شديد بين أبيها وأمها طالبة منهما السماح وهى تردد :

« أنا مت يابابا .. أنا مت يا ماما .. ماتزعلوش علشانى ... أنا خايفة تموتوا أنتوا كما .. سامحونى لو كنت أنا السبب » .

وفشلت كل محاولات الأم ولأب (القلقين المضطربين) فى تهدئة هذه الصغيرة الباكية الخائفة النادمة الحزينة ، ووسط هذا الجو بدأت الأم تتكلم :

« إبنتى فى الصف الثانى الإبتدائى فى إحدى مدارس اللغات الممتازة ، وهى الأولى دائما منذ كانت فى الحضانة ، ودائماً تحصل على الدرجات النهائية فى كل العلوم لأنها ذكية جداً ، وأنا ووالدها دائما معها نذاكر لها كل شئ ونراجع معها كلمة بكلمة ، هذا بجانب المدرسين الخصوصيين ، وكنا سعداء جداً بها ، ولكن منذ أسبوع ظهرت نتيجة إمتحان الشهر وكانت مفاجأة « فاجعة » لنا جميعاً فقد نقصت درجتين فى مادة الحساب ، ولم يكن ذلك متوقعاً أبداً منها ، لذلك خاصمها أبوها ولمتها أنا ، وذهبنا لإدارة المدرسة لنتأكد أنه لم تحدث مشكلة أو خطأ فى رصد الدرجات . المهم تجاوزنا هذه المشكلة بعد أن اتفقنا على ما يجب عمله حتى لا يتكرر هذا مرة أخرى فى المستقبل ، ولكننا فوجئنا بها لا تريد الإستيقاظ فى الصباح ، وإذا ألححنا عليها تصحو وهى تشكو آلاماً شديدة فى بطنها مع إسهال وقئ ، ولا تريد أن تذاكر أو أن تحضر الدروس الخصوصية ، وتبكى طوال الوقت وتدعى أنها ماتت ، وأننا سنموت جميعاً ... ورفضت الطعام وأصبحت ساعات نومها قليلة وتدهورت صحتها بشكل سريع خاصة أنها كانت ضعيفة الجسم من البداية . ولست أدرى سبباً لهذا فأنا معها طول الوقت وهى لا ينقصها أى شئ وقد تركت عملى كطبيبة وتفرغت لها تماماً ؟؟

وبسؤال الأب عن الجو العام للبيت تحدث بفخر « نحن والحمد لله أسرة مثالية لا توجد لدينا أية مشاكل على الإطلاق فأنا ووالدتها متفرغين لها تماماً ، وحياتنا تسير بشكل منظم ومنضبط جداً ، فعملى كمهندس كمبيوتر علمنى أن أفعل كل شئ بمنتهى

الدقة ،النظام ، فعندما أصحو من نومى فى الخامسة صباحاً أكتب البرنامج اليومى لى ولزوجتى وأبنتى بالساعة والدقيقة ، وهذا يجعل الأمور تسير بشكل محسوب ومرتب ، وليس هناك فرصة للإضطراب والفوضى فى أسرتنا ، وقد تعلمت ذلك من أبى رحمه الله ، وكان لذلك أثر كبير فى نجاحى فى حياتى أنا وإخوتى ، فنحن أسرة لا تعرف الخطأ أو الفشل ، ونحمد الله على ذلك » .

ثم تدخلت الأم فى الحديث وكأنها وجدت الفرصة مواتية لتخرج ما فى صدرها فقالت :« هذه هى المشكلة يادكتور ، فالبيت عندنا يسير بنظام عسكرى صارم ، فلا يتكلم أحد أو يتحرك إلا بحساب ... تصور لكى تنتقل هذه الطفلة الصغيرة من حجرة إلى حجرة أخرى لابد وأن تفكر ألف مرة قبل أن تفعل هذا !!! ... والويل لها لو تحركت بسرعة فاصطدمت بشئ أو كسرت شيئاً !! .. وغير مسموح لها أن تلمس أى لعبة من لعبها إلا فى وقت محدد وهو نصف ساعة يوم الخميس من كل أسبوع !! .. وبيتنا لا يعرف الترفيه أو اللعب ، فكل شئ موجه نحو هدف واحد هو العمل والإنجاز !! » .

ومن خلال القراءة الدينامية لهذه الحالة يتضح أنها حرمت من كل إحتياجات الطفولة فى سبيل تحقيق أهداف الأب العالية من خلال نظام صارم لا يسمح بأى نسبة خطأ أو تقصير لذلك فقدت هذه الطفلة براءتها وتلقائيتها وبساطتها وحقها فى المغامرة والخطأ والترفيه واللعب .. بإختصار فقدت إنسانيتها وطبيعتها كطفلة وأصبحت أداه لتحقيق أحلام الأب فى التفوق والتميز والإنضباط ، وكانت هى متكيفة إلى حدما مع طبيعة أسرتها وكان العائد المعنوى الذى تجده نتيجة تفوقها يعوضها عن حرمانها من حقوقها الطفولية . ولكن حين نقصت درجتين فى مادة الحساب شعرت أنها انتهت (ماتت) لأن الأسرة تتعامل معها على أنها مجرد كائن متفوق يحقق أعلى درجة من الإنجاز الدراسى . فإذا لم يتحقق ذلك فإن هذا يعنى نهايتها (موتها) .

وبما أن كل أحلام واهتمامات الأب (والى حد ما الأم) متجهة نحو الإنجاز والتفوق فإن نقص درجتين فى الحساب يعنى تهديداً لكيانهما ، أو لحياتهما ، لأن حياتهما لا تساوى شيئاً بدون تحقيق أقصى درجات التفوق . ومن هنا نفهم تعبيرات هذه الطفلة الحزينة وهى تعلن أنها ماتت وأنها تخاف لأن أباها وأمها سوف يموتون ، ونفهم أيضاً شدة اكتئابها لأنها فقدت كل شئ عندما اهتز تفوقها وكأنها أصبحت كائن دراسى ليس له أى قيمة إلا بمقدار ما يحقق من إنجاز دراسى . ولما كانت قيم الأسرة لا تسامح فى أى نسبةمن الخطأ أو النقصان لذلك وجدنا الطفلة لا تستطيع أن تسامح

نفسها فى نقص درجتين فى مادة الحساب لذلك دخلت إلى هذا المأزق الإكتئابى العدمى هذا الأمر بالنسبة لها (كما هو الحقيقة بالنسبة لأبويها) كارثة لا يمكن الخروج منها .

ويبدأ العلاج بمحاولة السيطرة على أعراض القلق والإكتئاب الحادة لدى الطفلة بإستخدام بعض مضادات القلق والإكتئاب بجرعات صغيرة مناسبة لهذا السن لكى تستعيد قدرتها على النوم والإستقرار وتناول الطعام ، وبمجرد أن تحقق هذا الهدف كان من الضرورى أن يبدأ ما يسمى « بالعلاج الأسرى » وهو عبارة عن جلسات علاج نفسى تشمل كل أفراد الأسرة بهدف إعادة الإستبصار بمفاهيم وتصورات كل أفراد الأسرة عن أنفسهم وعن علاقاتهم وأهدافهم ، وتأثير ذلك على صحتهم واستقرارهم وتطورهم سلباً وإيجابياً . وفى هذه الحالة بالتحديد كان المطلوب هو أن يعرف الأبوين أن طفلتهما لديها إحتياج حقيقى وأصيل للعب والترفيه والحب والحنان والتلقائية ، ولديها الحق فى المحاولة والخطأ وتحتاج إلى مساحة كبيرة من الحرية والتسامح والتقبل ثم يأتى ذلك الإنجاز الدراسى المتوافق مع قدرتها وميولها ولا يكون ذلك الإنجاز بديلاً لكل ما سبق أو مكافئاً لحياة الطفلة وسعادتها وتلقائيتها وبراءتها ، وأن الإهتمام بالجوانب الوجدانية والجوانب الإنسانية يجعل العملية التعليمية تساهم فى تطور وتكامل شخصية الطفل دون أن تسحقها أو تقهرها .

الطفل التوحدي

لاحظت منذ طفولته المبكرة أنه مختلف عن بقية إخوته السابقين فهو لا ينتظر إلى حين أداعبه ولا يبتسم أو يضحك إلا نادراً ، وعيناه تنظران فى اللاشئ وليس فيها بريق الطفولة الذى إعتدته عند إخوته السابقين . وقد تأخر فى نمو الأسنان وفى الجلوس والمشى ، ولكن أكثر ما أقلقنا هو تأخره فى الكلام ، فقد ظل حتى سن الخامسة لا يقول إلا كلمات قليلة ، وحتى هذه الكلمات القليلة تكون خالية من المعنى : مثل نظرته الزجاجية الخالية من المعنى وهو لا يلعب مع إخوته ولا مع أطفال العائلة ودائما يجلس فى أحد أركان البيت وحيداً ووجهه للحائط ويقوم بحركات نمطية متكررة ليس لها مدلول معين كأن يحرك رأسه للأمام وللخلف أو يصفق بيديه بدون سبب أو يأخذ أوضاعاً غريبة فى مشيته أو وقوفه أو جلوسه . وقد حاولنا مرات عديدة أن نجذبه إلى بقية الأطفال ولكنه كان يرفض بعناد شديد . حتى لعب الأطفال لا يهتم كثيراً بها ولا يتعلق بها فسرعان ما يلقيها بعيداً ليجلس مع نفسه طول الوقت .

والغريب أنه لا يتعلق بأى شئ مثل الأطفال فلا يطلب شيكولاتة أو حلوى أو لعبة ، ولا يتعلق بأبيه حين يخرج إلى الشارع أو إلى الصلاة كما كان يفعل إخوته ، أى أنه ليست له أية مطالب .

وحياته عبارة عن طقوس ثابتة وعادات محددة لا يستطيع ولا يقبل تغييرها أبداً فهو يجلس فى مكان محدد ويأكل بطريقة معينة ويتعامل مع أشياء قليلة جداً فى البيت ولا يقبل أى تغيير . وعندما انتقلنا من شقتنا القديمة إلى شقة أوسع عانى معاناه شديدة حتى تأقلم على المكان الجديد فهو يريد أن تستمر الأمور على ما هى عليه .

والآن نفكر فى دخوله المدرسة ، ولكنه فشل فى الذهاب إلى الحضانة حيث كان يجلس وحيداً ولا يتكلم ولا يشارك فى أى شئ ، ولسنا ندرى ماذا نفعل معه علماً بأننا نشعر أن ذكاءه عادى جداً ولكنه غير قادر على إستعماله .

التعليق على الحالة :

نحن أمام حالة إضطراب نفسى تسمى « التوحد » أو « الذاتوية » ونسبة حدوثها فى الأطفال خمسة لكل عشرة آلاف طفل ، وكنا لا نراها كثيراً فى مجتماعتنا العربية

وقد ساد إعتقاد أنها حالة مرضية منتشرة أكثر فى الغرب على اعتبار أننا نتعامل مع أطفالنا بقدر كبير من المشاعر والمداعبة والتفاعل فى حين أن الأم فى الغرب مشغولة بعملها وحياتها ولا تحمل طفلها كثيراً ولا تداعبه كثيراً فينشأ فاقد القدرة على التفاعل اللفظى والوجدانى ولكن الأبحاث العلمية الدقيقة أثبتت أن هذا المرض موجود فى كل المجتمعات ولكن يبدو أنه لم يكن يكتشف عندنا نظراً لقلة عدد الأطباء النفسيين ولقلة دراية التخصصات الطبية الأخرى به ، وأثبت أيضاً هذه الأبحاث أنه لاتوجد اختلافات بين أسر الأطفال التوحديين وأسر الأطفال العاديين بدليل أنه يوجد أخوه عاديين للطفل التوحدى ، إذن فاتهام الأم أو الأب بأنهما السبب فى المرض لم يعد له ما يبرره .

وقد إتضح فى السنوات الأخيرة أن مرض التوحد ينتج عن خلل تركيبى وخلل كيميائى فى المخ بعضها معروف وبعضها الآخر لم يكتشف بعد ، وهذا الخلل يؤثر فى وظائف اللغة ويؤثر فى القدرة على التفاعل الإجتماعى ويؤثر فى السلوك بشكل عام .

وحوالى ٤٠ ٪ من الأطفال التوحديين لديهم تخلف عقلى مصاحب للمرض بدرجة أو بأخرى ووجد أن الأم فى فترة الحمل قد عانت من بعض الاضطرابات كالنزيف المتقطع أو المرض وتعاطى الأدوية ، أو أن فترة ما قبل الولادة وفترة الولادة وما بعدها قد حدث فيها بعض المشكلات التى يمكن أن تؤثر على مخ هؤلاء الأطفال .

وثلثى حالات التوحد تستمر تعانى من بعض الأعراض حتى فى سن الرشد فيغلب عليهم العزلة والإنطواء ومحدودية التفكير والتصلب وإتباع عادات وطقوس ثابتة أما الثلث الآخر فيتحسن ويعيش حياة شبه طبيعية .

وأفضل العلاجات لهذه الحالات هو العلاج السلوكى مع وضع هؤلاء الأطفال فى فصول خاصة تحت إشراف مدرسين وإخصائيين نفسيين يعرفون طبيعة هذا المرض ويتعاملون معه بشكل علاجى .

وتوجد علاجات دوائية تحسن كثيراً من الإضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال نذكر منها الهالوبيردول والريسبيردون وغيرها ، وهى تؤخذ لفترات طويلة وتساعد الأسرة والمدرسة على التعامل مع السلوكيات المضطربة لمثل هذه الحالات .

طفلي ... يعمل بموتور

دخلت الممرضة إلى حجرة الكشف وهى تتوسل الىّ أن أسمح بدخول طفل جاء مع أبويه قبل دوره نظراً لما أحدثه فى صالة الإنتظار من إضطراب شديد جعل بقية المرضى ومرافقيهم يوافقون بالإجماع على دخوله قبلهم رغم أنه آخر من حضر إلى العيادة .

وما أن إنفتح الباب حتى اندفع طفل فى حوالى السابعة من عمره متجهاً إلى المكتب الذى أجلس خلفه وراح يعبث فى الأدوات والتحف الموضوعة عليه حتى لم يعد شئ منها فى مكانه ، ثم إنطلق فى باقى أرجاء الغرفه يعبث بالفازات والزهور الطبيعية والصناعية والكتب الموضوعة على الأرفف ، وأنا أتابع كل هذا الهرج والمرج فى غرفة الكشف بقلق شديد ولكنى أحاول أن أبدو متماسكاً بحكم طبيعتى كطبيب نفسى يتعامل مع هذه الحالات فى كثير من الأحيان ، ولكن ما أثار غيظى هذه المرة هو أن أبويه لم يحاولا إيقافه عن ذلك بل راحا يتفرجان عليه وهو يقلب محتويات الغرفة رأساً على عقب ، وغاظنى أكثر منظر أبيه وهو يرمقنى من تحت نظارته السميكة ليرى ماذا سأفعل حيال هذا الطفل المزعج وكأنه يختبر مدى قدرتى على السيطرة الطبية أو السحرية عليه ، وكأننى أسمعه يقول بينه وبين نفسه « وريني هاتعمل إيه بقى يافالح » ، أو كأنه يسخر من الطب الذى فشل فى إيجاد حل لهذا المخلوق شديد الإضطراب ، أو أنه أراد أن يتركنى أذوق بعضاً من المر الذى يتجرعونه .

وهنا وجدتنى ألملم أشتات نفسى التى بعثرها ذلك الطفل الذى بدأ يتسلق الكراسى والجدران ، ووجدتنى أحول غيظي نحو أبويه إلى موقف حازم وجاسم تبلور فى أوامر صارمة للطفل بأن يجلس بجوار أمه وتابعت إصرارى على ذلك حتى جلس الطفل ، وحين فعل ذلك كافأته بأن أعطيته بلوك نوت صغيركان أمامى على المكتب مع قلم جاف زهيد الثمن ، وفرح الطفل بهذه الجائزة وراح يعبث فيه ليعطينى فرصة كى أستمع لتاريخ مرضه من أبويه ... وهنا بدأ أبوه حديثه وعلى شفتيه إبتسامة شامته :

أسف يادكتور على هذا ، ولكنى أردت أن تعيش مأساتنا ولو للحظات ، فنحن نعيش طول الوقت فى هذا الهرج والمرج ولا نستطيع أن نهدأ إلا حين ينام ، فهو لا

يكف عن الحركـة وكأن هناك موتوراً يعمل بداخله ولا يسمح له بالسكون . لقد حطم كل شئ زجاجى فى الشقة ، ولم يبق لدينا أى أجهزة كهربائية تعمل فقد أتلفها جميعاً ، أما البلكونات والشبابيك فقد أغلقناها بشبكات من السلك والحديد حتى لا يسقط منها حين يتسلقها .

ثم تابعت الأم الحديث :

– المشكلة الأكبر هى المدرسة الآن ، فقد استدعانا مدير المدرسة ونقل إلينا شكاوى كل المدرسين ، فهو لا يستطيع الجلوس على الكرسى لأكثر من دقيقتين ، ولا يكف عن الحركة داخل الفصل ومعاكسة زملائه حتى يفسد عليهم تركيزهم ، وهو مع هذا لم يتعلم أى شئ خلال وجوده فى الحضانه أو الصف الأول الإبتدائى رغم أننى أذا أذاكر له كثير وأحضر له أكثر من مدرس خصوصى ، ولكنه لا يركز أبداً ، وينسى بمنتهى السرعة .

الطفل البكاء (الدكتاتور الصغير)

هو الطفل الأول والوحيد جاءنا بعد إشتياق حيث مكث مدة تزيد على ٤ سنوات بدون حمل ، ولما رزقنى الله به كان هو كل شئ فى حياتى وحياة أبيه بل وحياة العائلة كلها ..... تركت وظيفتى من أجل التفرغ لتربيته ... ليلى ونهارى ملك له ... كل طلباته مجابه ، نسيت كل شئ من أجله وكلما أراد شيئاً يصرخ وإذا تأخرت عنه ولو دقيقة يضرب رأسه فى الجدار أو فى الأرض رغم أن عمره الآن سنتان والمفروض أن يقل بكاؤه فى هذه السن كما رأيت فى أطفال العائلة الذين هم فى مثله قبل سنة ... والمشكلة الأكبر تكون فى الليل حيث يظل مستيقظاً يريدنى أنا وأبيه أن نلاعبه طول الوقت فإذا غلبنا التعب وأرادنا أن ننام يبكى ويصرخ ويجرى فوق السرير حتى نستيقظ ، وإذا نام بعد عناء طويل فإنه سرعان ما يصحوا على بكاء شديد وصراخ مستمر فأحمله أنا أو يحمله أبوه ونظل ندور به فى الشقة حتى يهدأ . وفى الأسبوع الأخير زاد بكاؤه أثناء الليل لدرجة أننا لم نعد ننام ، هذا بالإضافة إلى بكائه المستمر أثناء النهار وإصراره على أن أحمله طول الوقت فإذا غلبنا التعب وأردنا أنا وأبيه أن ننام يبكى ويصرخ ويجرى فوق السرير حتى نستيقظ ، وإذا نام بعد عناء طويل فإنه سرعان ما يصحو على بكاء شديد وصراخ مستمر فأحمله أنا أو يحمله أبوه ونظل ندور به فى الشقة حتى يهدأ .

وفى الأسبوع الأخير زاد بكاؤه أثناء الليل لدرجة أننا لم نعد ننام ، هذا بالإضافة إلى بكائه المستمر أثناء النهار وإصراره على أن أحمله طول الوقت وألاعبه رغم أن بقية الأطفال يمرحون ويلعبون من حوله . وفى الحقيقة رغم حبى الشديد له إلا أننى ضقت به ذرعاً ، وأحياناً أفقد سيطرت على أعصابى وأضربه ، ولكنى أشعر بالذنب وأبكى وأحمله بين ذراعى حتى يهدأ أو أهدأ أنا ، وقد عرضته على أكثر من طبيب أطفال لعل يكون هناك شئ يؤلمه فأجمعوا كلهم أنه سليم تماماً من الناحية العضوية وأشاروا علىّ بعرضه على طبيب نفسى ، بالمناسبة أنا أذكر أنه كان أيضاً كثير الحركة وهو جنين ولكننى كنت أفسر ذلك بأنه إستجابة لحالتى النفسية السيئة فى ذلك الوقت بسبب ضغوط نفسية تعرضت لها ، أو لأننى أنا نفسى عصبية ، وللعلم أبوه أيضاً عصبى وصوتنا دائماً مرتفع ونثور أنا وهو لأتفه الأسباب .

التعليق علي الحالة :

هذا الطفل عرف طعم القلق والإضطراب وهو ما يزال جنيناً فى بطن أمه حيث كانت أمه مضطربة نفسياً وكان هذا الإضطراب يصله فى صورة زيادة فى الأدرينالين والكورتيزول ومواد كيميائية أخرى ، وحين ولد عاش بين أبوين عصبيين ثائرين أغلب الوقت ولأتفه الأسباب فوصلته رسالة مؤكدة مفادها أن الحياة غير آمنه وأنها فى حالة صخب وثورة دائمين ، ولكن مع هذا وجد الجميع يحملونه ويدللونه ويلاعبونه طول الوقت فأصبح يشعر بالأمان فقط حين يكون محط الإهتمام والرعاية وينزعج جداً حين تغمض عنه العيون أو يبتعد عن دائرة الإهتمام ولو لحظة ، وقد تعلم من خلال تجاربه البسيطة أن البكاء يستدعى إهتمام الجميع وخاصة الأم لذلك أصبح البكاء هو سلاحه الوحيد للسيطرة على البيئة من حوله ولإشباع حاجاته النرجسية فى أن يظل محور الأهتمام طول الوقت وكأنه هو مركز الكون والكل يدور حوله . وقد أعطى له البكاء شعور بالقدرة والسيطرة على من حوله أى أنه أصبح دكتاتوراً مستبداً يتحكم فى أمه وأبيه طول الوقت ويريد منهم الإذعان لإحتياجاته وأن لا تغفل أعينهم عنه لحظة . وعلى الرغم من صغر سنه إلا أنه يشعر أن أمه تشعر بالذنب حين تحاول أن تهمله أو تضربه ولذلك فهو يبتز مشاعرها طول الوقت ويدعها فى حيرة بين تلبية كل مطالبه وبين الضيق والضجر من سلوكه المزعج وتكون النتيجة تراكم مشاعر متناقضة داخل الأم نحو هذا الطفل المشكلة .

والعلاج يبدأ من الأم التى يجب أن تتعلم السيطرة على مشاعرها حيث تتمكن من أن تمارس نوعاً من الحزم الطيب مع هذا الطفل المزعج وتعرف أنها ليست مطالبة بالضرورة أن تلبى كل إحتياجاته طول الوقت ، وتستطيع أن تهمل بكاءه معظم الوقت دون أن تشعر بالذنب أو تكون فى حالة صراع ، ومع الوقت سيتعلم الطفل أن البكاء سلاح لا يجدى . إضافة إلى ذلك يجب أن يسود البيت جو من الهدوء والطمأنينة ليشعر الطفل بالأمان ، وهذا يتطلب أن يراجع الأبوين قلقهما ومخاوفهما ويتغلبان عليهما ، وأن يتعلما التحاور فى هدوء وأن تكون إستجاباتهما للأحداث هادئة ومنطقية، عندئذ يشعر الطفل بالأمان ويصبح قادر على أن يترك حضن أمه وينطلق ليلعب مع رفاقه مثل باقى الأطفال ، وإلى أن تتحقق هذه الأهداف يمكن إعطاء الطفل جرعات صغيرة جداً من أى مهدأ بسيط حتى يتمكن من النوم ليلاً ويعطى فرصة لأبويه ليأخذا قسطهما من الراحة .

طفلي الخائف المتردد

« لى طفل فى السنة الثالثة الإبتدائى يتمتع بذكاء مرتفع ويذاكر دروسه بشكل جيد ويحصل دائماً على أعلى درجة بين زملائه ومع هذا عندما يطلب منه المدرسين الإجابة عن سؤال أمام زملائه فى الفصل يصاب بحالة من الخوف والإضطراب ويتعلثم فى الكلام وينطق الحروف بطريقة غير صحيحة ويفشل تماماً فى الإجابة رغم معرفته الجيدة لها . ويحدث هذا معى أيضاً فى البيت حين أفاجئه بسؤال معين ، ولذلك كثيراً ما أعنفه أنا أو أبوه بسبب هذا الشئ لأننا فى بيئتنا نعتبر أن هذا الخوف عيب كبير لا يليق بإنسان سيصير رجلاً فى يوم ما ، ولكن كلما فعلنا ذلك زاد خوفه وتردده وإضطرابه.. فماذا أفعل ؟ » .

هذا الطفل الذكى شديد الحساسية نحو الخطأ ونحو النقد يظهر خوفه وتردده فى المواقف الإجتماعية لأنه استقر فى وعيه من طريقة نشأته أنه لا يجب أن يخطئ أبداً لذلك إذا ساوره شك فى أن إجابته تحمل ولو ١ ٪ من الخطأ فإن قلقه يزداد ويتعلثم لسانه وترتعد فرائصه ويفضل السكون على المغامرة بالإجابة حتى لا يتعرض للإنتقاد أو السخرية أو الرفض . وأهم شئ يحتاجه هذا الطفل هو القبول من الأم والأب ثم من الأسرة كلها ، قبول غير مشروط يشعر معه أنه محبوب وأن كلامه محبوب وأن الأبوين ينصتان إليه فى هدوء وراحة وسعادة ولا يستعجلانه فى الكلام ولا ينتقدان طريقة كلامه ولا يعنفانه ، بل على العكس يفرحان بكل كلمة ينطقها ويستوعبانها ويتفهمانها ويستجيبان لها ، عندئذ سيشعر أن كلامه له وقع حسن على الناس فيشجعه ذلك على مزيد من التعبير عن نفسه دون خوف أو تردد . وفى حالة هذا الطفل الحساس الذى يفتقد الى الثقة بالنفس يجب أن يقل المحيطون به من إنتقاده أو توبيخه أو الصراخ فى وجهه أو إستعجاله للإجابة عن تساؤلاتهم أو لومه حين يعجز عن الإجابة ، لأنه يحتاج إلى الطمأنة والى القبول أكثر من حاجته إلى الإنتقاد ، وهناك خطأ يقع فيه بعض الآباء وهو أنهم لا يسمحون لأطفالهم بالجلوس حيث يجلس الكبار من الأهل أو الأصدقاء وينهرون الطفل إذا اقترب منهم مدعين بأن هذا عيب وأن هذا مجلس كبار فقط ، وهذا الموقف يولد لدى الطفل رعباً من الكبار وخوفاً من مواجهتهم فضلاً عن الحديث معهم . لذلك من الأفضل أن يتيح الفرصة للطفل أن يحضر معنا

مجالس الكبار وأن نفرح بمشاركته الحديث معنا وأن نحترم وجهة نظره ولا نسفهها أو نستهين بها .

النقطة الثانية هى أن هناك بعض الأسر تضع قيوداً شديدة على التعبير عن النفس أو المشاعر وتعتبر ذلك نوع من الوقاحة ، وهنا يفضل الطفل أن يوجه كل شئ لديه إلى الداخل وهذا يحرمه من التفاعل الإجتماعى مع الآخرين ويدفعه للإنطواء والخجل .

والطفل أولاً وأخيراً فى حاجة إلى جو من السماح يمارس فيه التجربة والخطأ لكى يتعلم ، فإذا خلقنا لديه رعباً من الوقوع فى الخطأ فإنه سيحجم عن أى محاولة وسيتوقف عن المغامرة ويلوذ إلى السكون والجمود بحثاً عن الأمان وإيثاراً للسلامة ، وهنا يكمن الخطر فى توقف نموه العقلى والإنفعالى والسلوكى وفى بعض الحالات نجد أن الأبوين يبالغان فى عقاب الطفل لذلك يصبح الطفل مرعوباً من هذا العقاب القاسى فيكبر وقلبه ملئ بالخوف من عقاب الآخرين وتوقع الإنتقام منهم .

وهذه الحالات التى ذكرناها لو لم يتم تداركها فى الصغر فإنها تفرز ما يسمى بحالة « الرهاب الإجتماعى » وهى حالة من الخوف الشديد تنتاب الشخص حين يواجه الناس فى أى مكان ولا يستطيع التحدث أمامهم حيث ترتعش أطرافه ويتهدج صوته وتتقطع أنفاسه ويتصفد عرقه ويحمر وجهه أو يصفر ، لذلك فهو يحاول جاهداً أن يتجنب الموقف الإجتماعى وهذا ربما يخلق له مشاكل عديدة خاصة إذا كان مدرساً أو خطيباً أو إضطرته ظروفه للتعامل مع مجموعات من الناس وهى حالة مرضية تحتاج للعلاج الدوائى والنفسى .

أبني يرفض المذاكرة

« ابنى طالب فى الصف الثانى الثانوى كان متفوقاً جداً حتى أتم الشهادة الإعدادية ، ولكنه الآن لا يريد أن يذاكر رغم أن الإمتحانات على الأبواب ، ويريد أن يقضى وقته كله بين التليفزيون والأنترنت والألعاب الأخرى وخاصة « البلاى ستيشن » وقد حاولت معه بكل وسائل الترغيب والترهيب فأنا أعمل مدرسة ولدى خبرة معقولة فى الوسائل التربوية ، ولكن للأسف باءت كل محاولاتى بالفشل ، بل على العكس كلما ازدادت محاولاتى لدفعه للمذاكرة إزداد هو عناداً ، وأنا الآن فى حالة نفسية سيئة جداً لأنه الابن الوحيد لى ووالده يسافر كثيراً ولا يعلم شيئاً وأنا المسئولة عنه فى كل شئ وهو كل حياتى ولا أتحمل أن يضيع مستقبله أمام عينى ، وهو للأسف الشديد لا يهتم بمستقبله وكأن الموضوع لا يعنيه فى شئ على الرغم من أنه طوال مرحلة طفولته كان طفلاً مطيعاً ومهذباً ، وكنت أعطيه كل وقتى وكان يحقق نتائج ممتازة ، ولكنه الآن متمرد وغير مهتم بأى شئ غير اللعب ، ولست أدرى ماذا أفعل معه » .

هذه الحالة تحوى مشكلات متعددة ومتداخلة لابد من رؤيتها جميعا حتى نحسن التعامل معها ، فهذا الطالب هو الابن الوحيد ، والأبن الوحيد فى كثير من الأحيان يكون مشكلة حيث تحيطه الأسرة وخاصة الأم بكل أنواع الرعاية والحماية والتى كثيراً ما تتجاوز القدر الصحى المطلوب فينشأ الطفل ولديه ميول حب الذات والأنانية والإعتمادية على الآخرين فى تحقيق رغباته ، وعدم الشعور بالمسئولية وعدم القدرة على القيام بالواجبات المطلوبة منه تجاه دراسته أو أسرته ، ولا تظهر المشكلات فى الطفولة المبكرة حيث أن هذه الصفات لا تكون مزعجة للأسرة فى هذه المرحلة ، ولكنها تظهر وبوضوح فى مرحلة المراهقة حيث تكتشف الأم أن ابنها لا يشعر بمسئولية تجاه نفسه أو تجاه أسرته أو تجاه مستقبله فهو يعيش حتى هذه المرحلة كطفل مدلل لا يهمه غير البحث عن اللذة فى وسائل التسلية أو الجلوس السلبى فى البيت . ومن الواضح أن الأم قد ساهمت دون أن تدرى فى تأخير نضج هذا الأبن حيث أنها عاشت حالة من الوحدة بسبب غياب أبيه فحاولت أن تملأ حياتها طوال الوقت بالإنشغال بهذا الطفل الوحيد فتذاكر له دروسه وتفعل كل شئ وتحرص على أن يظل

خاضعاً لها ومرتمياً فى أحضانها طول الوقت ، ولذلك لا يستطيع هذا الطفل أن ينضج وأن يتحمل أى مسئوليه وهو يرى أن موضوع الدراسة مشكلة تخص أمه وليست مشكلته هو ولذلك فهو يستخدم هذا الأمر للضغط على أمه وإبتزازها أحياناً ، بحيث إذا أراد أن يغضبها يتوقف عن ذلك فأصبحت الدراسة لعبة يلاعب بها أمه وليست واجباً أو شيئاً يحدد مستقبله وكلما ازدادت حيرة الأم وإضطرابها كلما إزدادت سعادة هذا الابن لأن هدفه أصبح الضغط على الأم والتحكم فيها من خلال موضوع المذاكرة ، أى أن الموضوع تحول إلى وسيلة « للي ذراع الأم » لا أكثر ولا أقل والأم يزداد قلقها مع الوقت لأنها تشعر بمسئولية ضخمة تجاه ابنها فيلومها الأب ويلومها الناس على تقصيرها أو خطئها فى تربيته على الرغم من أنها أعطته كل شئ فى حياتها بل أصبح هو حياتها . هذا القلق الشديد لدى الأم يؤدى إلى إضطراب شديد فى علاقتها بالابن حيث يزداد إصرارها على نجاحه فى حين يزداد عناد الابن وتمرده وبهذا يدخل الإثنان فى صراع دائم تختفى معه معالم الحب والحنان داخل البيت لأن الأم تحولت إلى مدرسة كثيرة الإلحاح والضغط والابن تحول إلى طالب شقى مشاغب متمرد . وربما لا يستطيع الإثنان الخروج من هذه الدائرة المغلقة دون تدخل علاجى رشيد يعيد الأمور إلى نصابها وهو ما نسميه بالعلاج النفسى الأسرى ويتم فى عدة جلسات تحضرها الأم مع الأبن والأب حيث تتم مناقشة كل العوامل سالفة الذكر فى جو من التعاون وعدم محاولة إلقاء اللوم على أى طرف من الأطراف فالكل يعانى والكل يحتاج إلى المساعدة فالأم يجب أن تبدأ فى رفع وصايتها عن الابن وأن تتعود أن تعيش حياتها بشكل أفضل وتعيد تقوية علاقتها بزوجها - تلك العلاقة التى أدى احباطها إلى اندفاع الأم نحو ابنها تختصه بمشاعرها الزائدة وتعوقه بمخاوفها وأحزانها وإذا نجحت الأم فى إعادة ضبط المسافات بينها وبين زوجها وبينها وبين الابن يصبح هناك أمل فى تعديل توزيع المشاعر داخل الأسرة ، ويبدأ الابن فى التحرر من القيود الحريرية التى كبلته بها الأم ، المحبة القلقه الوحيدة المحبطة ، وهنا يلوح الأمل فى إمكانية نضج الابن ولكن بعد وقت كاف وبمساعدة من الأب الذى تخلى عن مسئوليته التربوية فى السابق وانشغل بنجاحه الشخصى أو بجمع المال ولم يعط نموذجاً للرجولة الناضجة المسئولة للأبن فنشأ الأخير ضعيفاً رخواً طفيلياً . وفى هذه الجلسات العلاجية سوف يعطى الابن وقتاً كافياً للتعبير عن مشاعره وعن صعوباته ، ثم يلى ذلك تبصيره بالمشكلات القائمة وإشراكه بشكل إيجابى فى حلها لكى ننقذ ما يمكن إنقاذه فى الوقت القصير المتبقى على الإمتحانات وخاصة أننا سنطلب من الأم أن تترك دور

المدرسة فى المنزل وتعود لممارسة الأمومة مع الإبتعاد عن الالحاح والتدخل الدائم فى حياة ابنها ، ونعلن للابن أنه من الآن مسئول عن مستقبله وعن دراسته وأن الأسرة سيقتصر دورها على توفير جو ملائم له لكى يساعده على القيام بواجبه وسنعلن أن من حق الأسرة التحكم فى وسائل التسلية فى الفترة التى تسبق الإمتحانات حتى تعطى الفرصة للإبن للقيام بواجبه فى هذه الظروف الجادة ، وله الحق بعد ذلك فى الإستمتاع بهذه الوسائل فى فترة الإجازة .

ويجب أن ننتبه إلى أن هناك عامل آخر مهم يأتى من خارج دائرة الأسرة ، وهو أن العملية التعليمية أصبحت فى الوقت الحالى تخلو من الجوانب الوجدانية التى تجعلها محببة إلى الطلاب وتحولت بسبب الدروس الخصوصية وأسباب أخرى إلى عملية حشو قسرى للمعلومات بهدف تحقيق أعلى الدرجات ، والطالب لا يشعر بالحماس تجاه ما يجرى ولكنه مجبر على الإنصياع بلا روح لهذه العملية . ومن هنا وجب مراجعة هذا الموقف على المستوى العام حتى لا نفاجأ بتمرد أبنائنا وعنادهم وسلبيتهم .

المراجـــع

المراجع العربية

* إبراهيم ، عبد الستار ، والدخيل . عبد العزيز عبد الله ، إبراهيم ، رضوى (١٩٩٣) . العلاج السلوكى للطفل سلسلة عالم المعرفة ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب ، الكويت .

* أبو العزايم ، محمود (٢٠٠٢) ، مشاكل الطفولة . دار الطباعة والنشر الإسلامية ، القاهرة .

* السبيعى ، عدنان (١٩٩٧) . « الصحة النفسية للجنين » و « الصحة النفسية للمولود والرضيع » و « الصحة النفسية لأطفال الحضانة والروضة » و « الصحة النفسية لأطفال المدرسة الإبتدائية » ، دار الفكر ، دمشق ، سورية .

* المهدى ، محمد عبد الفتاح (١٩٩٩) ، الصحة النفسية للطفل ، الطبعة الأولى ، القبطان للطباعة والنشر ، المنصورة .

* آدم ، حاتم محمد (٢٠٠٣) . الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى ١٢ سنة ، مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة ، القاهرة .

* باحارث ، عدنان حسن صالح (١٩٩١) . مسئولية الأب المسلم فى تربية الولد فى مرحلة الطفولة ، الطبعة الرابعة ، دار المجتمع للنشر والتوزيع ، جدة ، السعودية.

* بيومى ، صلاح (٢٠٠٢) التنشئة والشخصية .. الطفل بين الواقع والمستقبل . دار المعارف ، القاهرة

* بينسول ، بيترل ، وجالبرت ، جودة ، وإيسبيلاند ، بامـلا (٢٠٠٣) . أبناؤنا وأسباب النجاح ، مكتبة الأسرة ، مهرجان القراءة للجميع ، مصر .

* جرجس ، ملاك (١٩٨٦) . المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها . كتاب الحرية ، دار الحرية للصحافة والطباعة والنشر ، القاهرة .

* جرجس ، ملاك (١٩٩٥) مشاكل الأطفال النفسية ، كتاب اليوم الطبى ، عدد ١٦٣ ، القاهرة .

* حمودة ، محمود عبد الرحمن (٢٠٠٥) . الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج . الطبعة الثالثة ، مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال ، القاهرة .

* سبوك (بدون تاريخ) . « تربية الأبناء فى الزمن الصعب » ، « مشاكل الآباء فى تربية الأبناء » ، « ما أحلى أن تكون مراهقاً » ، « طفلك أذكى مما تتصور » . ترجمة منير عامر (١٩٩٧) ، مطبوعات أخبار اليوم ، قطاع الثقافة ، القاهرة .

* سيد أحمد ، السيد على ، وبدر ، فائقة محمد (١٩٩٩) . إضطراب الإنتباه لدى الأطفال .. أسبابه وتشخيصه وعلاجه . الطبعة الأولى ، توزيع مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

* شعلان ، محمد (بدون تاريخ) . النفس من المهد إلى اللحد . الطبعة الثانية ، الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى ، مركز شعلان للطب النفسى ، القاهرة.

* على ، نبيل سليم (٢٠٠٣) ، الطفولة ومسئولية بناء المستقبل . كتاب « الأمة » ، العدد ٩٢ ، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية – قطر .

* عبد المحسن ، يسرى (١٩٩٧) . كيف تتعامل مع طفلك . كتاب اليوم الطبى . العدد رقم ١٨١ ، القاهرة .

* علوان ، عبد الله ناصح (١٩٨٥) . تربية الأولاد فى الإسلام . دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع . القاهرة .

* فهمى ، مصطفى (١٩٧٧) . سيكولوجية الطفولة والمراهقة . مكتبة مصر ، دار مصر للطباعة ، القاهرة

* فهيم ، كلير (١٩٩٩) . الأطفال فى العيادة النفسية ، كتاب اليوم الطبى ، العدد رقم ٢٠٦ ، القاهرة .

* قنطار ، فايز (١٩٩٢) . الأمومة .. نمو العلاقة بين الطفل والأم . عالم المعرفة ، ١٦٦ ، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب – الكويت .

* ميلر ، سوزانا (١٩٩٤) ، سيكولوجية اللعب عند الإنسان ، ترجمة حسن عيسى، مراجعة محمد عماد الدين إسماعيل ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

* مجموعة مؤلفين (أحمد معاذ الحسينى ، بشير شكيب الجابرى ، بهية الجش، سليم عبد القاددر ، سهيلة زين العابدين حماد ، عبد الكريم بكار ، عصام تليمة، على الحمادى ، لمى الغلايينى ، منى عبد الفتاح يونس ، نوال السباعى ، هيثم مناع) (٢٠٠٤) ، ما لا نعلمه لأولادنا ، مركز الراية للتنمية الفكرية ، جدة ، السعودية ، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة . القاهرة .

المراجع الأجنبيــة

* Jacobson , J and Jacobson, A (2001) Psychiartic Secrets , 2nd edition, Hanley and Belfus, US.
* Morrow , J Yeager C and Lewis, D (1997) . Encopresis of boys in resedential treatment . Child Abuse Negl 21 : 11 - 18 .
* Sadock, Benjamin and Sadock, Virgina (2004) . Synopsis of Psychiatry , 9th. edition, Lippincott Williams and wilkiur New York.